

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

460

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 24 Juillet 1909 à 1 heure

PAR

William FROGIER

Né à Nantes le 12 Juillet 1867

DE L'EXTIRPATION

DE LA

GLANDE LACRYMALE ORBITAIRE

DANS

LE LARMOIEMENT

Président : M. DE LAPERSONNE, professeur

*Juges } MM. QUÉNU, professeur
ANDRÉ BROCA, agrégé
AUVRAY, agrégé*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909

460

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547126_0055

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 24 Juillet 1909 à 1 heure

PAR

William FROGIER

Né à Nantes le 12 Juillet 1867

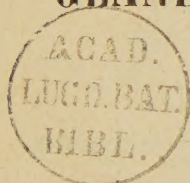
DE L'EXTIRPATION

DE LA

GLANDE LACRYMALE ORBITAIRE

DANS

LE LARMOIEMENT



Président : M. DE LAPERSONNE, *professeur*

Juges } MM. QUÉNU, *professeur*
ANDRÉ BROCA, *agrégé*
AUVRAY, *agrégé*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE, Editeur

15, rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS.		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène.		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFARD
Clinique médicale.	}	ROGER
		HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
Maladies des enfants.		LANDOUZY
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		HUTINEL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies du système nerveux.		GAUCHER
Clinique chirurgicale.	}	RAYMOND
		DELBET
		QUENU
		RECLUS
Clinique ophtalmologique.		SEGOND
Clinique des maladies des voies urinaires.		DE LAPERSONNE
Clinique d'accouchements	}	ALBARRAN
		PINARD
		BAR
Clinique gynécologique.		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique chirurgicale infantile.		POZZI
Clinique thérapeutique.		KIRMISSON
		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BRZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEPEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

EN FIDÉLITÉ
A LA MÉMOIRE
DE
MA MÈRE

A MON PÈRE

A TOUS LES MIENS

EN SOUVENIR
A
MES AMIS

A MES MAÎTRES

MM. LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE NANTES

A MES MAÎTRES
DANS L'INTERNAT ET L'EXTERNAT
DES HOPITAUX DE NANTES

MM. LES CHIRURGIENS ET MÉDECINS
DES HOPITAUX DE NANTES

A MES MAÎTRES

MM. LES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

MM. LES CHIRURGIENS
ET MÉDECINS DES HOPITAUX
DE PARIS

A MON TRÈS CHER ET VÉNÉRÉ MAÎTRE

M. LE DOCTEUR CH. ABADIE

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur libre d'Ophtalmologie
à Paris

EN
RECONNAISSANCE

A MON CHER MAÎTRE

M. LE DOCTEUR A. TEILLAIS

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur libre d'Ophtalmologie
de Nantes

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique ophtalmologique
A la Faculté de Médecine
De Paris

DE L'EXTIRPATION
De la Glande Lacrymale Orbitaire
Dans le Larmolement

INTRODUCTION

Pendant les quelques années que nous avons eu l'honneur de passer comme chef de clinique chez notre très cher et vénéré maître, le Dr Charles Abadie, il nous a été donné d'observer bon nombre de cas de larmolement ayant résisté à tout traitement, mais ayant cédé dès que l'on avait pratiqué l'ablation de la glande lacrymale orbitaire.

Bien que cette étude ait déjà été faite, et bien faite, nous avons pensé qu'il serait intéressant de la reprendre en nous plaçant à un point de vue particulier.

Nous ne prétendons pas dans ce modeste travail apporter des éléments de nature à modifier et à fixer,

définitivement la façon de traiter le larmolement, mais avec une étude générale, et critique des opinions connues, nous présenterons un certain nombre de faits précis que nous commenterons en vue de conclure.

De tous les différents traitements susceptibles d'améliorer cette affection si fréquente nous ne retiendrons, en nous appuyant sur les faits et les observations cliniques de notre étude, que l'ablation de la glande lacrymale orbitaire, procédé chirurgical à la fois simple et efficace.

Mais avant de terminer cette introduction et d'entrer dans le vif de notre sujet, il nous reste un devoir bien doux à remplir, celui de remercier tous ceux qui, dans le cours de nos études médicales nous ont montré tant de sympathie et nous ont soutenu de leurs précieux encouragements. Aussi nous tenons à témoigner notre reconnaissance à tous nos maîtres qui nous ont rendu agréable et facile l'étude de la médecine et particulièrement de l'ophtalmologie.

Je prie donc tous nos maîtres de l'Ecole de Médecine et des Hôpitaux de Nantes, tous les professeurs de la Faculté de Médecine de Paris, d'agréer nos respectueux remerciements et pour les leçons qu'ils nous ont données et pour leur grande bienveillance.

Nous devons une reconnaissance particulière à deux maîtres qui nous ont plus spécialement guidé dans nos études d'ophtalmologie :

Nous voulons parler du D^r Teillais de Nantes, offi-

cier de la Légion d'honneur et du Dr Abadie de Paris chevalier de la Légion d'honneur.

C'est au Dr Teillais, notre savant maître dont nous avons pu durant le temps que nous avons eu l'honneur d'être son aide de clinique, apprécier la science, l'esprit et le cœur, que nous adresserons nos bien sincères hommages.

Nous n'oublierons jamais toute la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée durant les jours heureux passés à cette belle clinique de la cour Sainte-Marie, si chère à tous par les souvenirs que le grand Guépin, ce philanthrope de la première heure, y a laissés en fondant là, à cette même place, en 1828, la première clinique ophtalmologique de France.

Plus tard le Dr Abadie a bien voulu nous accueillir à son tour et nous nous honorons d'être encore son chef de clinique et d'avoir complété nos études ophtalmologiques sous la direction de ce maître éminent, appréciant chaque jour davantage sa science de clinicien, sa grande habileté d'opérateur et sa parfaite amabilité, qui donne tant de charme à son savant enseignement.

Nous ne saurons oublier les années passées à la clinique du Dr Abadie près du Dr Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste des hôpitaux et dont nous sommes heureux et fier de posséder la bonne amitié. Qu'il veuille bien agréer nos remerciements et croire à toute notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a donné, la bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard et dont nous avons été profondément touché.

Nous conserverons un souvenir précieux de la bonté avec laquelle nous a toujours accueilli dans son service de l'hôpital Laënnec M. le D^r Rochon-Duvigneaud, ophtalmologiste des hôpitaux.

Nous tenons aussi à exprimer notre bien sincère gratitude à deux de nos amis, le D^r Marcel Labbé, professeur agrégé, médecin des hôpitaux et le D^r Brindeau, professeur agrégé accoucheur des hôpitaux, pour les conseils qu'ils nous ont donnés toujours si aimablement au cours de nos études ; nous les prions de croire à toute notre reconnaissance, ainsi que le D^r Olivier Lenoir, chirurgien principal de la Compagnie Paris-Orléans, pour qui nous avons une vieille et bonne amitié.

Nous sommes très heureux de joindre à nos vénérés maîtres notre ami le D^r Canque, assistant à la consultation ophtalmologique de l'hôpital Beaujon, dont les conseils et l'expérience nous ont été précieux dans la conduite de ce travail.

Nous remercions aussi M. le professeur De Laperonne des sages conseils que nous avons su tirer de ses consultations et de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu. C'est un grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse ; qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de notre très respectueuse gratitude.

HISTORIQUE

« Jusqu'à ce jour l'on n'a trouvé aucun traitement qui pût faire diminuer la sécrétion des larmes : ce serait cependant un grand service rendu à la thérapeutique des maladies des yeux », disait Carron de Villards en 1838, résumant à la fois l'impuissance du secours et la valeur d'une méthode efficace à rechercher. Cependant de nombreux praticiens des temps précédents s'étaient efforcés de trouver des moyens de guérison. Sans parler des efforts des médecins antérieurs au xvii^e siècle, avant l'ère anatomique, efforts dispersés sans profit au hasard de l'empirisme, nous voyons vers 1660 Sténon après avoir exposé dans ses grandes lignes, la disposition de l'appareil lacrymal et réfuté les théories erronées qui avaient cours sur son fonctionnement, rectifier et renouveler les méthodes de traitement des fistules, anchilops, ægilops, laissées telles depuis le moyen âge et les médecins arabes.

Peu après Anel invente et utilise la première sonde. Le gros traité si curieusement diffus de Maître-Jan, contemporain d'Anel, décrit longuement les symptômes et remèdes des *delacrymatio*, flux de

larmes et épiphora mais ne fait pas mention de la découverte de ce dernier.

Pourtant à partir de cette époque tous les efforts vont tendre au rétablissement du cours normal des larmes par le cathétérisme et la dilatation des conduits lacrymaux. Toutes les affections lacrymales, rétentions inflammations, fistules, sont justiciables de la méthode nouvelle dont J.-L. Petit se fait l'instigateur. Le cautère est délaissé. Plutôt que de renoncer à rétablir le passage des larmes dans le nez, Saint-Yves, Guérin, Scarpa et tous les chirurgiens du temps préfèrent créer une fausse route à travers l'anguis effondré.

C'est l'époque du cathétérisme à outrance, des sondes à demeure, des stylets, des sétons, des « clous », des canules d'argent, de plomb, d'or dont la faveur et la défaveur se succèdent deux siècles durant, sans établir la conviction dans les esprits et dont l'usage s'abolit définitivement après Dupuytren.

Les résultats plus qu'incertains de cette thérapeutique expliquent le mouvement réactionnel qui porte Nannoni de Florence, puis Magne (1851) et à leur suite la plupart des opérateurs à l'emploi du feu et des cautères.

Sans exposer les idées directrices, il suffit de passer en revue la série des moyens pour donner une idée de l'activité des promoteurs. La cautérisation ignée du sac, des points lacrymaux, leur excision, la cautérisation galvanique des conduits, l'occlusion

par les escharrotiques, le fer rouge sont tour à tour proposés pour remédier au larmolement. Les succès partiels de ces procédés n'empêchent pas les partisans de la méthode conservatrice par les sondages et les injections d'être fidèles à leur technique, et durant le cours du siècle dernier jusqu'à nos jours, malgré des perfectionnements successifs, la pratique thérapeutique n'est pas fixée, ni l'accord établi entre les chirurgiens. Aussi d'autres moyens de traitement sont-ils proposés. C'est ainsi qu'on voit naître la méthode de traitement qui fait l'objet de notre étude.

L'ablation de la glande lacrymale qui arrête les larmes à leur source au lieu de s'opposer à leur libre écoulement, devait naturellement se présenter à l'esprit des chirurgiens.

Déjà on avait extirpé la glande comme tumeur. L'idée de son ablation n'était donc pas tout à fait nouvelle. Mais si l'on n'hésitait pas à se séparer de cet organe lorsque son exubérance ou sa dégénérescence néoplasique commandaient une exérèse urgente, nul ne se fût hasardé à l'enlever dans son état de fonctionnement normal. Outre que le risque d'une ouverture des téguments, avant l'ère actuelle était toujours incertain et qu'on hésitait à y exposer le malade pour le simple inconvénient d'un larmolement, on n'osait de plus se représenter ce que deviendrait l'œil privé de sa glande sécrétante. C'est pourquoi il faut attendre jusqu'à P. Bernard (1843)

pour voir pratiquer cette opération de propos délibéré.

D'heureuses circonstances y préparèrent, comme le fait remarquer A. Terson (*in thèse*). Chez un malade qui larmoyait après une énucléation, Nelle obtint le tarissement de la sécrétion par l'ablation de la glande. De là datent, avec une intervention de Larrey, les premiers faits.

Le Mémoire de P. Bernard fixe bientôt et met au point la question. Il décrit le nouveau procédé pour « guérir les fistules lacrymales et les larmolements chroniques réputés incurables. »

Les destructions des voies lacrymales et du sac, dit-il, en substance, les tentatives de dilatation et de sondage, les injections médicamenteuses donnent des résultats variables, le plus souvent peu encourageants ou complètement inefficaces. C'est à la sécrétion des larmes qu'il faut apporter une modification par l'ablation. Il n'y a pas à craindre de priver l'œil d'un organe indispensable ; il existe d'autres glandes dans la paupière pour parer au dessèchement.

L'heureux succès de l'intervention dans un cas où tous les autres procédés avaient échoué, montra que les prévisions de ce chirurgien étaient justes et l'opération fut rapidement reproduite dans des circonstances analogues par de nombreux opérateurs. Nous aurons l'occasion de citer en étudiant le manuel opératoire le nom de ceux qui l'ont mis plus particulièrement à l'épreuve, qu'il suffise pour l'instant de

mentionner Textor père en Allemagne, Laurence, Windsor en Angleterre et Abadie en France qui pratiquèrent les premiers l'extirpation de la glande lacrymale et de fixer ainsi l'historique à grands traits, car même à cette époque, les succès obtenus n'entraînaient pas la conviction des oculistes et l'opération avait la réputation d'être périlleuse. De Wecker rapporte qu'on craignait la suppuration abondante et quoiqu'il l'eût exécutée lui-même plusieurs fois avec un heureux résultat, il crut devoir comme Szokalski qui liait le pédicule pour amener l'atrophie, chercher une modification du procédé opératoire et proposer un corollaire qui porte son nom. La technique simplifiée de de Wecker n'était telle qu'entre les mains d'un habile opérateur et il suffit d'énoncer qu'il se proposait d'enlever les canaux de la glande avec quelques glandules accessoires sans toucher à la glande elle-même pour penser qu'il y avait là plutôt une complication qu'un abrégé. L'absolue sécurité de la chirurgie aseptique actuelle, indique comme nous le verrons, de revenir à la technique de P. Bernard, et nous montrerons les résultats qu'elle a donnés dans un nombre important d'observations recueillies à la clinique de notre maître le Dr Abadie.

ANATOMIE

La glande orbitaire est la partie orbitaire des glandes lacrymales annexées à l'œil à la surface duquel elles étendent leur produit de sécrétion.

Elle naît du développement d'un bourgeon épithélial qui se sépare du cul-de-sac conjonctival vers le troisième mois de la vie intra-utérine. Elle a la même signification embryogénique que le derme conjonctival dont elle n'est qu'une différenciation. Au cours du développement ultérieur de l'œil, elle émigre dans la profondeur et, à la naissance, elle occupe sa place définitive.

La glande *orbitaire* est la partie principale de l'appareil glandulaire. Une partie accessoire, moins différenciée, est formée de groupes glandulaires aberrants accolés aux canaux excréteurs. C'est la glande *palpébrale*. Nous ne nous en occupons pas.

La portion principale ou glande lacrymale orbitaire occupe la partie supérieure et externe de la cavité orbitaire. Elle est donc située en haut et en dehors du globe oculaire. Ordinairement invisible, elle occupe une situation profonde derrière un plan ostéo-musculaire et ne répond aux tissus superficiels que par une petite partie avancée qui constitue son

côté d'accès chirurgical. Dans le cas d'hypertrophie c'est à ce niveau que son relief visible peut être apprécié de l'extérieur.

Normalement on ne peut juger de sa situation et de sa forme que par dissection et extirpation, ou mieux encore comme on l'a fait plus récemment par le moyen des coupes par congélation.

On l'a comparée à une amande dont elle aurait le volume et la forme, si l'on ne tient pas compte des saillies arrondies qui bossèlent sa surface. Elle constitue un corps ovalaire allongé et légèrement aplati, d'environ 2 centimètres, large d'un et demi, épais d'un demi. Son aspect est à peu près constant, elle n'est pas assez plastique pour être modifiée par les organes voisins. Sa consistance est ferme, elle résiste au doigt et on la sent se différencier assez nettement des parties voisines, toutes choses qui constituent autant de caractères favorables à l'action chirurgicale.

Sa coloration, blanc rosé d'ordinaire, ne tranche pas sur la teinte des tissus voisins. Parfois cependant elle est rougeâtre et foncée. Ses dimensions sont diversement appréciées par les anatomistes. Chirurgicalement on peut toutefois s'en tenir à la notion générale que nous avons donnée avec cette restriction qu'elle s'atrophie chez le vieillard.

Sa direction est oblique, son grand axe est incliné de haut en bas, d'avant en arrière, de dedans en dehors, de telle sorte que la partie la plus antérieure est également la plus haute et la plus interne. Pour

la commodité de la description on la décrit d'ordinaire moins oblique qu'elle n'est, comme si elle s'étendait presque transversalement avec un bord antérieur mince, un bord postérieur épais, une face supérieure et externe, une face inférieure et interne et deux extrémités, l'une interne, l'autre externe.

Une légère courbure d'ensemble creuse sa face inférieure et interne pour l'adapter à la courbure de l'œil tandis qu'elle arrondit la face supérieure convexe du côté de la dépression osseuse.

La glande, entourée d'une capsule fibro-élastique est en rapport par son intermédiaire avec les tissus voisins. Par sa face supéro-externe, elle répond à la voute orbitaire du frontal. Une petite fossette déprime l'os ; on la sent facilement du doigt sur un crâne sec. Elle est rencontrée immédiatement, après qu'on a contourné le bord saillant de l'arcade orbitaire. M. Picou, *in* Poirier, la décrit comme fortement unie à ce niveau au périoste par de fines traves de nature conjonctivo-élastique qui pénètrent d'une part jusque dans le parenchyme glandulaire et d'autre part fixent l'organe contre l'os.

M. Rochon-Duvigneaud (1) dans une étude récente fondée sur la méthode des coupes après décalcification a montré au contraire qu'on ne trouve pas la glande dans la fossette lacrymale du frontal et qu'il existe là une loge accessoire remplie de tissus gras-

1, Rochon-Duvigneaud. *Arch. d'Opht.*, 1903, « Notes sur l'anatomie de l'orbite ».

seux. La glande ne toucherait donc pas l'os en haut mais seulement en dehors (fig. 1). Elle correspondrait

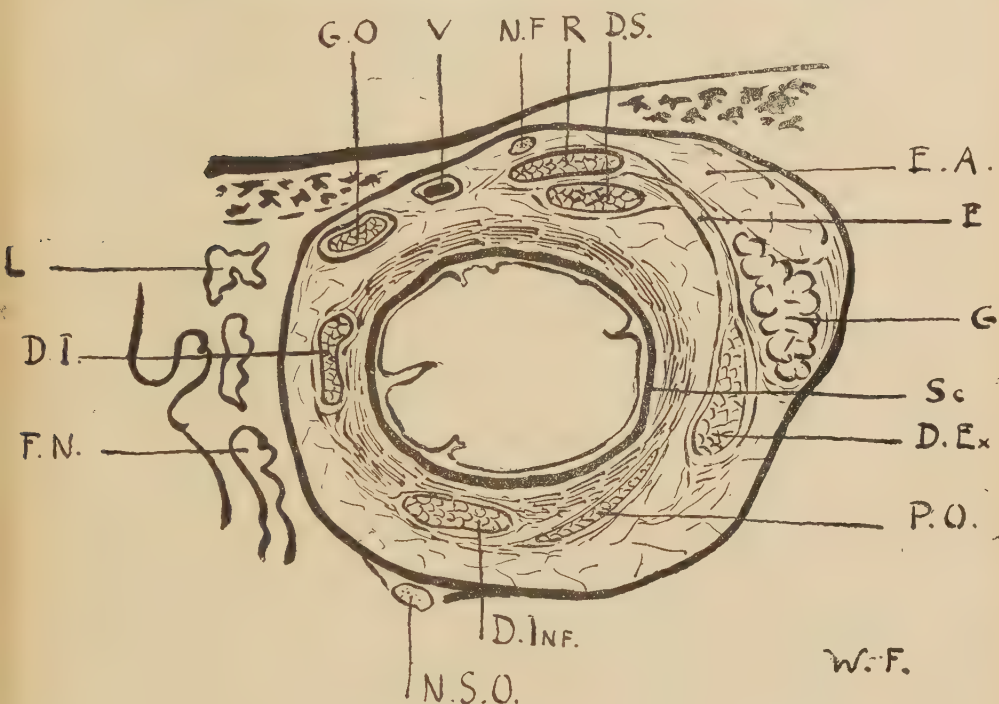


FIG. 1

D'après Rochon-Duvigneaud. Coupe vertico-transversale de l'orbite passant derrière le cristallin.

G. O. grand oblique. — V veine. — N. F. nerf frontal. — R. releveur. — D. S. droit supérieur. — E. A. espace accessoire sans lobules glandulaires. — E. expansion du releveur et du droit supérieur vers la glande. — G. glande. — Sc. sclérotique. — D. Ex. droit externe. — P. O. petit oblique. — D. INF. droit inférieur. — N. S. O. nerf sous orbital. — F. N. fosses nasales. DI. droit interne. — S. L. sac lacrymal.

à l'espace graisseux « innominé » (Terrien) déjà cité. Cet espace, loin de se continuer en arrière avec le tissu cellulo-adipeux du fond de l'orbite en est

fortement séparé par une aponévrose émanée du périoste. Il n'est pas besoin de remarquer combien cette disposition est heureuse au point de vue chirurgical, car elle diminue d'autant les chances d'infection dans les interventions sur la glande.

En bas et en dedans la glande orbitaire est en rapport avec le globe oculaire.

La portion postérieure de ce dernier vient seule en contact éloigné avec la glande par l'intermédiaire des muscles aboutissant à l'œil à ce niveau. On trouve là le releveur de la paupière supérieure et le droit supérieur. Leur bord externe prolongé par les aileronsaponévrotiques qui vont au droit externe s'insinue entre l'œil et la partie inférieure de la glande.

Le bord antérieur mince et tranchant est parallèle à l'arcade orbitaire mais ne le dépasse ordinairement pas. Généralement à 2 ou 3 millimètres en arrière de cette arcade (Holmes) il ne dépasse l'arcade que dans des cas exceptionnels. Il répond alors au ligament large de la paupière supérieure. C'est de ce côté qu'on aborde la glande pour l'extirper.

Le bord postérieur est épais. Il répond au tissu cellulo-adipeux de l'orbite et reçoit l'artère et le nerf lacrymal dans sa partie extérieure.

L'extrémité interne arrondie correspond au releveur de la paupière supérieure ; l'extrémité externe est déjetée en arrière, elle s'appuie sur les expansions aponévrotiques qui émanent des muscles droit externe, droit supérieur et releveur pour aller à l'orbite.

Une capsule entoure la glande. Elle n'a pas d'individualité propre en dehors des expansions aponévrotiques des muscles voisins. Quoiqu'il en soit elle ne manque sur aucun point de la surface glandulaire et isole complètement la glande du tissu graisseux de la loge innominée et du grand espace cellulo-adipeux du fond de l'orbite. Elle adhère aux cloisons aponévrotiques venues des muscles voisins et se continue sur le pédicule vasculo-nerveux. Partout une dissection attentive permet de reconnaître sa continuité. Tillaux expose sa formation par un dédoublement du périoste orbitaire (fig. 2).

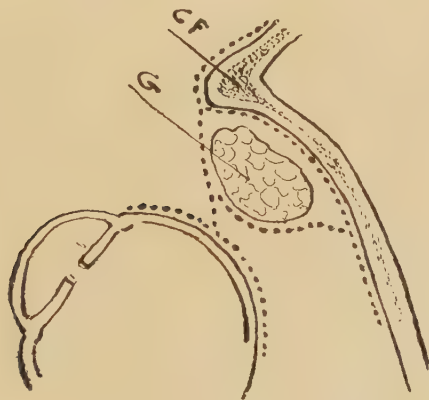


FIG. 2

D'après Tillaux

CF coupe du frontal. — G. glande lacrymale orbitaire.

Coupe verticale et sagittale de l'orbite montrant la formation de la capsule aux dépens du périoste et de l'aponévrose orbitaire.

Le périoste qui tapisse l'orbite se divise en deux feuillets en rencontrant la glande, l'un continue de

revêtir le frontal ; il s'insinue entre la glande et la dépression lacrymale de l'os et maintient l'adhérence des deux organes ; l'autre passe au-dessous de la glande, la soutient étroitement comme une sorte de sangle, de hamac, et va se continuer au delà d'elle avec la partie précédente. Ce feuillet plus épais que le premier, se continue également par un prolongement inférieur avec le surtout fibreux péri-oculaire ou aponévrose oculaire, de sorte, ajoute Tillaux, qu'on peut dire indifféremment que la glande lacrymale est comprise dans un dédoublement du périoste de l'orbite ou bien dans un dédoublement de l'aponévrose oculaire qui va ensuite se continuer avec le périoste. Le fait important du reste est que la loge fibreuse isole de toute part la glande, la sépare, en avant de la conjonctive, en bas du globe de l'œil, en arrière de la cavité post-oculaire et qu'elle peut être énucléée sans que l'on ait besoin de mettre à nu l'une ou l'autre de ces parties. L'extirpation se trouve par là grandement facilitée en ce sens qu'on ne craint pas d'infecter le tissu cellulo-graisseux de l'orbite.

De la capsule naissent des expansions ou ligaments. Leur importance a été exagérée en tant que moyen de fixation. En réalité, il n'y a pas de ligament suspenseur au sens physiologique du mot. La glande est bien plus maintenue en place par la résistance des tissus voisins que par des attaches aponévrotiques et nous n'avons jamais observé, qu'un de ces trousseaux fibreux dont parle Holmes, pût gêner en quoi que ce soit l'extirpation.

Ces fragiles ligaments, en réalité simples prolongements capsulaires grêles sont : le ligament de Sœmmering qui va du haut de la glande à la voûte orbitaire en passant en dehors du muscle releveur de la paupière supérieure.

Le ligament décrit par Schwalbe dans son anatomie, qui vient du périoste orbitaire vers le milieu de sa paroi externe et se jette sur le rameau du nerf lacrymal et sur le pédicule vasculaire pour atteindre avec eux le bord postérieur de la glande.

Enfin l'expansion fibreuse qui entoure les canaux excréteurs aux deux tiers postérieurs de la face intéro-interne et va entourer plus loin la glande palpébrale accessoire.

Il faut signaler aussi un petit trousseau inférieur qui entoure un pédicule vasculo-nerveux accessoire.

Tous ces ligaments n'ont probablement qu'un rôle de défense des vaisseaux et des nerfs : ce sont des lames protectrices de tissu conjonctif condensé et rien autre chose.

La seule résistance qui s'oppose à l'extraction de la glande, sera la solidité des pédicules nourriciers ou excréteurs ; aussi prendra-t-on soin de les découvrir et de les sectionner.

Leur étude ne présente rien de particulier à signaler au point de vue anatomique. Au point de vue chirurgical il sera facile de les découvrir et de les sectionner. Ceci fait, rien ne peut gêner dans l'ablation de l'organe. Aux canaux excréteurs de la glande orbitaire sont annexées des glandules dispersées,

sans capsule, ni revêtement d'ensemble qui constituent la portion palpébrale de la glande lacrymale.

Ce système glandulaire accessoire est sous la dépendance vasculaire, nerveuse et trophique de la glande principale. Souvent absent (Bock cité par Picou *in* Poirier), il est dans certains cas très réduit. Pathologiquement il peut devenir exubérant d'où son exérèse. De Wecker avait proposé son ablation systématique dans le larmolement.

SYMPTOMES

Les affections des voies lacrymales ont pour symptôme commun le larmolement en quelque point que siège la lésion ou la déformation anatomique. C'est dire qu'il y aura autant d'espèces différentes de larmolement que de variétés dans l'étiologie et aussi qu'on ne trouvera le larmolement à l'état isolé que dans de rares affections primitives de la glande.

Tout ce qui peut survenir d'anormal dans la configuration et la structure de l'appareil excrétoire, tout ce qui atteint les paupières (entropion, ectropion, cicatrices, gonflement inflammatoire), tout ce qui rétrécit, dévie, obstrue le long chemin compliqué de la paupière au nez (affections lacrymales ou paralacrymales), tout ce qui, par voie réflexe surexcite la sécrétion glandulaire (affections oculaires, palpébrales, lacrymales et autres) détermine le larmolement. Le flux régulier des larmes sera dans un cas entravé en un point du canal rétréci, dans l'autre un canal régulièrement conformé recevra une trop grande quantité de larmes pour un écoulement régulier.

Selon qu'il est associé à des signes d'importance relative, le larmolement prend lui-même un relief plus ou moins accentué : tantôt il paraît constituer toute la maladie, tantôt il passe presque inaperçu au milieu de symptômes graves. En tant que symptôme, le larmolement n'a pas de valeur propre, dénué de gravité il n'est que le témoin gênant d'une affection concomitante. Les prédispositions individuelles bien plus que l'état des lésions voisines règlent son abondance et l'on ne saurait rien tirer de son examen.

Il accompagne une série d'états morbides de l'œil et des annexes comme simple épiphénomène réflexe. Presque toutes les maladies du globe le comptent au nombre de leurs manifestations : Kératites, iritis, maladies du tractus uvéal, glaucome, etc., etc. ; on le trouve aussi dans les conjonctivites et les affections aiguës des paupières. Mais dans tous ces cas, il n'apparaît pas comme symptôme isolé, il est temporaire et n'a de durée que celle de la maladie causale.

Le larmolement chronique, au contraire l'épiphora, se prolonge indépendamment de tout autre symptôme.

Il a pu débiter de différentes façons. Parfois on le voit succéder à des accidents de dacryo-cystite aiguë. Quand les phénomènes inflammatoires se sont amendés, quand la suppuration est tarie, qu'il subsiste une fistule ou non, il reste encore un écoulement de larmes qui s'échappent sur la joue et tombent

goutte à goutte incessamment. Chez les uns les voies lacrymales sont obstruées, le sac a pu être cautérisé, enlevé, le canal nasal peut être atrésié par divulsion malheureuse ou par cautérisation ; chez d'autres les voies lacrymales sont perméables à la sonde et aux injections, les larmes cependant s'échappent au dehors.

Parfois et non moins souvent le larmolement chronique s'installe insidieusement petit à petit, à la suite d'une grippe, d'une affection intéressant la muqueuse nasale, la muqueuse conjonctivale ; un œil s'est trouvé plus souvent mouillé que le congénère, au grand air il a pleuré. Après quelques mois, une amélioration a fait penser à la guérison, mais une nouvelle grippe, un rhume, et le larmolement est devenu définitif.

Dans d'autres circonstances, l'œil a commencé à pleurer sans aucune cause. D'autres fois on ne trouve dans les antécédents qu'une maladie infectieuse à localisations cutanéomuqueuses et souvent la syphilis.

Dès qu'il est constitué depuis plusieurs mois, le larmolement n'a pas de tendance à la guérison spontanée. Bien au contraire, il augmente et se perpétue par l'excitation constante que les larmes déterminent en irritant la conjonctive, la peau des paupières, l'œil lui-même. Ces parties irritées sont les points d'origine d'arcs réflexes qui, aboutissant à la glande lacrymale, sollicitent une sécrétion plus abondante. Ses complications seront donc les blépharites, les con-

jonctivites, les déformations des paupières (ectropion, entropion), les kératites, irido-kératites, etc., etc. les phlegmons lacrymaux ; mais la principale résidera dans sa propre durée, dans sa persistance indéfinie.

D'abord les malades n'y prennent pas garde. Un larmolement est peu de chose en lui-même ou bien après les tracés d'un abcès lacrymal, il est encore une manière de guérison. Mais presque inaperçu et inexistant dans le séjour à la chambre ou à la maison, il s'amplifie et s'aggrave au dehors et au grand air : là les poussières, les fumées, le froid, le vent, l'humidité tout est un sujet d'irritation et de redoublement. Ce n'est plus un symptôme sans importance, c'est une affection propre. Bientôt elle va amener le malade à consulter résolument : sa patience ne saurait durer devant la constance d'une obsession insupportable.

En tout lieu et en toute circonstance, le larmolement se manifeste comme un souci exaspérant. Inconvénient sérieux quand il s'agit d'un malade isolé, il peut être un obstacle grave pour le patient obligé aux rapports de la vie active, sociale ou mondaine. Quels que soient le sexe, la situation, on doit s'élever au-dessus des questions de simple esthétique pour apprécier le dommage éventuellement causé par une difformité sinon choquante du moins peu attirante. Qu'on imagine un malade nerveux, soucieux de toute chose et ne pensant qu'à supputer

ses chances d'insuccès ou ses causes de déboires pour les attribuer à son infirmité. Il n'est pas besoin de se demander avec quelle ténacité il réclamera sa guérison et proclamera le prix d'un tel service.

Si l'on ajoute le danger réel d'infection des voies lacrymales, la menace constante de dacryocystite, de phlegmon, la possibilité de névrite faciale et, entre toutes choses, l'irritation perpétuelle de l'œil à demi privé de sa vision par le voile de ses larmes, on admettra que le débarras d'une telle infirmité vaut la peine de se soumettre à une intervention et que, à tout prendre, il sera préférable de la choisir plus importante, mais plus efficace.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Existe-t-il des altérations de la glande lacrymale, consécutives aux rétrécissements ou à l'injection des voies d'excrétion des larmes ?

A la suite de l'extirpation des glandes lacrymales on a examiné, pesé, comparé celles-ci, sans trouver de modifications pathologiques. L'aspect macroscopique des organes enlevés était sain. Le volume, la forme, la consistance, la couleur, le mode de division du tissu glandulaire paraissaient normaux. Tout au plus trouvait-on une légère augmentation de volume dans les larmolements très anciens. Les coupes et l'examen histologiques ne montraient pas davantage de changement dans la structure des éléments glandulaires, ni dans celle des éléments interstitiels de soutien. Dans les cellules, de forme cylindrique à la coupe, le noyau n'était pas hypertrophié ; presque toujours situé près de la base cellulaire, il restait exempt de divisions et d'altérations portant sur sa chromatine ; du côté du protoplasma, aucune modification n'apparaissait. Selon les cellules examinées et le moment de leur cycle fonctionnel, l'état de laxité ou de resserrement du réseau protoplas-

mique pouvait varier ; le granité, les granulations protoplasmiques semblaient plus foncées ou plus claires, mais aucun élément pathologique n'était décelé, aucune modification constante, aucun dérangement stable n'étaient constatés qui pussent permettre d'affirmer une lésion glandulaire avec certitude.

Abadie, de Wecker, Debierre et plusieurs autres n'ont jamais signalé autre chose qu'une hypertrophie d'ensemble sans dégénérescence des éléments nobles, ni modification des tissus de soutien et l'on peut dire qu'on ne décrit pas de lésions glandulaires avant le travail de Stanculéanu et Théohari (1) (1898). Ces auteurs étudient les glandes lacrymales palpébrales enlevées dans le larmolement chronique. Leur étude porte sur six pièces provenant d'opérateurs différents. L'idée de leurs recherches leur est venue d'une observation de Klippel et Lefas sur les lésions autopsiques des glandes salivaires chez un tabétique sialorrhéique, où l'on trouva une inflammation interstitielle et une dégénérescence granulo-graisseuse des cellules glandulaires.

La glande lacrymale fait-elle exception parmi les autres organes glandulaires qui s'altèrent pour leur propre compte quand les voies d'excrétion sont malades ? L'analogie avec ce qui a été observé pour d'autres appareils glandulaires, rein, pancréas, foie permettait de le supposer *a priori*, quoique ici les

1. Stanculéanu et Théohari. *Archives d'Ophthalmologie*, 1898.

conditions de la sécrétion et surtout celles de l'excrétion soient différentes. L'écoulement par-dessus le bord des paupières, des larmes que les voies lacrymales ne peuvent suffire à éliminer assure toujours une déplétion complète, sans qu'il puisse se produire de stagnation dans la glande elle-même. Quoiqu'elle n'entre pas tout à fait dans le cadre de notre travail, où nous nous plaçons à un point de vue purement clinique, cette question intéressante touche d'assez près notre sujet, pour qu'il soit utile de résumer brièvement la publication de Stanculéanu et Théohari sur les altérations des glandes lacrymales au cours du larmolement chronique.

Après fixation par l'acide osmique (Flemming) et coloration par la méthode de Altmann. ils constataient sur les coupes :

1° Des foyers d'infiltration lymphocytaire dans certaines parties du tissu conjonctif de la glande, qu'ils considéraient comme le signe d'une réaction inflammatoire interstitielle ;

2° Dans l'épithélium lacrymal lui-même deux sortes de lésions cellulaires :

D'abord des granulations arrondies de volume variable, se colorant en rouge intense par la fuchsine (granulations fuchsinophiles) siégeant dans le protoplasma et considérées par ces auteurs comme un premier degré de désintégration de la cellule.

Ensuite des granulations graisseuses, colorées en noir par l'acide osmique, tantôt discrètes, tantôt si volumineuses et abondantes que le protoplasma en

est bourré. Cet état correspondrait pour eux à une dégénérescence avancée de la cellule avec parfois désagrégation du noyau.

Donc la glande serait malade dans le larmolement chronique et on trouverait là les raisons justifiant son ablation.

Ces constatations donnent donc un appui sérieux à la méthode d'exérèse que nous proposons. Malheureusement elles n'ont pas été de nouveau reproduites par les histologistes qui se sont occupés de la question.

Bien au contraire il semble démontré à l'encontre des conclusions de Stanculéanu et Théoari que c'est un organe sain que le chirurgien extirpe dans l'ablation de la glande lacrymale arbitraire.

Dès 1889, M. Dupuy-Dutemps, dans le but de rechercher ces lésions qui venaient d'être décrites, avait entrepris en suivant la même technique l'examen d'un certain nombre de glandes, les unes provenant pour la plupart de malades antérieurs à nos observations, les autres prélevées pour comparaisons sur des sujets normaux. Nous avons pu étudier ces préparations dont l'ensemble confirme les conclusions qu'a bien voulu nous communiquer l'auteur de ces recherches restées inédites.

Les caractères historiques signalés et très exactement décrits par Stanculéanu et Théoari ne peuvent pas être considérés, contrairement à leur opinion, comme l'expression d'un état pathologique ; car on retrouve dans toute glande lacrymale *humaine*

d'adulte, et les foyers d'infiltration lymphoïde du stroma et des granulations fuchsinophiles ou graisseuses dans les cellules épithéliales. On ne peut donc les interpréter comme les signes d'un processus aboutissant à la destruction de la glande, mais comme une disposition structurale normale. Il est bien connu d'ailleurs que le larmolement, loin de s'atténuer avec le temps, persiste et souvent s'accroît ; et cette conservation indéfinie des fonctions de la glande est incompatible avec une dégénérescence progressive de ses éléments essentiels.

Déjà en 1893, Axenfeld (1) avait signalé dans le tissu interstitiel des glandes lacrymales ces amas folliculaires qui ne font défaut que chez les jeunes enfants. Ce sont des formations lymphoïdes normales, comme il en existe dans le derme de la conjonctive, dont embryologiquement la glande lacrymale n'est qu'une partie différenciée ; elles n'ont pas d'ailleurs les caractères d'une infiltration inflammatoire.

Quant aux granulations graisseuses et fuchsinophiles des cellules épithéliales, elles se montrent sur les glandes normales aussi nettes, avec les mêmes caractères, tantôt plus, tantôt moins abondantes que dans les cas d'altérations des voies lacrymales. Elles doivent être considérées comme des formations normales du protoplasma cellulaire, correspondant à des stades différents de l'élaboration sécrétoire.

1. Axenfeld. *Zur Physiologic und Histologic de Thränen-drücke*. Soc. d'opht. de Heidelberg, 1893, et *Berliner Klin Woch.*, 1894.

Axenfeld reprenant de son côté les recherches de Stanculéanu et Théohari, dans un travail très complet et très précis présenté en 1901 à la *Société d'ophtalmologie de Heidelberg*, arrive aux mêmes conclusions à savoir : que foyers lymphoïdes, granulations fuchsinophiles et graisseuses existent à l'état normal et physiologique ; que du fait du larmolement chronique il ne se produit pas dans les glandes lacrymales de lésions inflammatoires ou dégénératives.

Il n'y a rien d'étonnant d'ailleurs à ce qu'on ne trouve pas de lésions de l'épithélium glandulaire dans un organe dont le fonctionnement est somme toute peu modifié, dont les voies d'excrétions ne sont nullement atteintes — le canal nasal ne pouvant être considéré comme le canal excrétoire de la glande — et où aucun phénomène de rétention ne peut altérer l'épithélium comme on le voit dans d'autres organes glandulaires.

Le larmolement chronique n'est donc pas la conséquence d'une irritation glandulaire avec lésions de la glande.

L'activité sécrétoire n'est pas pathologique, elle est sous la dépendance d'un réflexe à point de départ variable. Rarement provoqué par une affection du système nerveux central (ataxie), il est ordinairement subordonné à une affection du globe de l'œil, des paupières et surtout à une maladie des voies lacrymales. La guérison complète de celles-ci entraîne son arrêt, mais comme elle n'est souvent pas facile à obtenir, on sera fréquemment amené, dans l'igno-

rance où nous sommes du trajet nerveux exact, conducteur de l'excitation et dont la section amènerait l'arrêt de la sécrétion, à pratiquer l'opération de l'ablation de la glande. C'est une intervention palliative qui reste exposée au reproche que Galezowski adressait à de Wecker d'enlever un organe sain, mais dont les résultats justifient hautement l'emploi.

INDICATIONS

L'ablation de la glande lacrymale contre le larmolement n'a été pratiquée qu'à une période relativement voisine de la nôtre. Nous avons vu dans l'évolution historique des méthodes que ce n'est qu'en 1843 que P. Bernard extirpa délibérément l'appareil glandulaire pour un larmolement incoercible. Nous avons vu aussi qu'il avait été peu suivi dans cette voie jusqu'à ce jour, malgré les résultats publiés et cependant très favorables. C'est au point qu'on cite le nom des chirurgiens qui ont imité P. Bernard et ont, non pas d'une façon habituelle, mais seulement moins exceptionnellement que les autres, pratiqué l'ablation de la glande orbitaire.

Pourtant les occasions d'intervention ne font pas défaut et les indications sont plus nombreuses qu'on ne l'admet ordinairement. Il suffit d'avoir fréquenté les grandes consultations hospitalières des villes pour avoir constaté le nombre élevé des malades chroniques occupant les salles réservées aux traitements externes. La plupart d'entre eux souffrent d'une affection des voies lacrymales : larmolement ancien, fistule incoercible, suppuration du sac. Beaucoup de

ce nombre sont des femmes, mais bien que les statistiques ne soient pas affirmatives à ce sujet, il est vraisemblable que le chiffre des hommes atteints de larmoiement ne doit pas être sensiblement inférieur ; seulement on ne les rencontre pas dans les cliniques. Leur temps est compté. Ils ont besoin d'être à l'atelier ou au chantier, ils ne peuvent s'exposer aux longues stations dans les salles de consultation. Venir trois ou quatre fois pour obtenir la guérison, ils le pourraient, mais attendre avec patience le résultat douteux des sondages, des lavages et des débridements, souvent sans effet, cela leur est impossible. Ils préfèrent la gêne constante de l'écoulement des larmes. La modestie de leur rang social, la simplicité de leur vie et de leur mise jointe à la facilité de leur tâche, l'habitude aussi d'accorder peu d'importance à leur extérieur, leur permettent d'accepter l'ennui d'une sécrétion anormale malpropre, gênante et dangereuse. Ils ne prendront conseil du médecin que lorsque le phlegmon succèdera au larmoiement quand une moitié de la face tuméfiée et douloureuse les obligera au repos. Un petit nombre seulement dont la capacité professionnelle est diminuée par la stagnation des larmes, ceux dont le métier réclame l'exercice de la vision binoculaire ou qui travaillant de près doivent avoir une acuité suffisante, sont comme les femmes qui ont encore d'autres raisons particulières, dans l'obligation de fréquenter les cliniques ophtalmologiques.

Ainsi se trouve constituée une vieille clientèle de

malades chroniques que le traitement ne guérit pas la plupart du temps, mais qu'il conserve en état, en les tenant également éloignés de la guérison définitive et des complications dangereuses.

C'est à ces malades à qui le traitement actuel ne peut donner qu'un court répit de temps en temps sans leur apporter la fin de leurs maux, que nous voudrions proposer le bénéfice de notre méthode.

Elle conviendrait plus particulièrement encore à ceux que la longue durée des traitements éloigne des cliniques.

Ce n'est pas à dire toutefois qu'on n'oppose pas actuellement des procédés chirurgicaux de quelque valeur aux affections nombreuses qui s'accompagnent de larmolement. Plusieurs méthodes au contraire jouissent de considération et d'estime et leurs résultats ont été signalés dans plusieurs thèses et travaux. Les indications de leur application ont été lumineusement établies dans le rapport au Congrès de Madrid par MM. le professeur De Lapersonne et Rochon-Duvigneaud.

Les Auteurs du Rapport préconisent surtout les interventions sur les voies lacrymales. On peut trouver, développées dans la thèse de plusieurs de leurs élèves, les conclusions de ce rapport. Le D^r E. Leblond (1) ex-moniteur dans le service à l'Hôtel-Dieu écrit notamment :

1 Leblond. *De l'oblitération chirurgicale des voies lacrymales.*

« La guérison des affections lacrymales traitées par leur oblitération est rapidement obtenue. Le larmolement disparaît toujours ; des observations nombreuses le prouvent. L'ablation des voies lacrymales paraît déterminer par action réflexe des modifications histologiques qui ont pour effet de tarir la sécrétion glandulaire.

« De façon générale, la plupart des dacryo-cystites chroniques, avec ou sans fistules, sont justiciables de l'extirpation du sac. Doivent être traités de la même façon :

« 1° Les mucocèles ;

« 2° Les ectasies du sac ;

« 3° Toutes les dacryo-cystites non tuberculeuses accompagnant le lupus nasal ;

« 4° Les dacryo-cystites compliquées d'ulcères serpigneux de la cornée ;

« 5° Les dacryo-cystites atteignant les yeux qui doivent être opérés de cataracte ou d'iridectomie ;

« 6° L'épiphora simple sans lésions des voies lacrymales.

« Les dacryo-cystites chroniques qui revêtent la forme de la péricystite chronique, celles qui présentent fréquemment des phénomènes inflammatoires aigus ou qui sont accompagnées d'ostéo-périostite, soit de l'unguis, soit de l'éthmoïde, doivent être traitées par la destruction du sac.

« Cette opération est le seul traitement de la tuberculose des voies lacrymales. »

Les Auteurs du rapport ajoutent encore :

« Desmarres faisait remarquer les avantages de la destruction du sac chez les ouvriers qui ne peuvent s'astreindre à un long traitement ; nous savons aujourd'hui que l'utilité capitale de l'extirpation en pareil cas, est de mettre à l'abri de complications cornéennes graves, toujours possibles en présence d'une dacryo-cystite purulente.

« Une dernière catégorie d'extirpation d'emblée est représentée par les malades atteints de dacryo-cystite et qui doivent subir une opération sur le globe telle que la cataracte, et à plus forte raison une opération d'urgence, un glaucome aigu par exemple. En pareil cas, du reste, l'opération de Stilling, bien que moins sûre, suffit souvent. Les mêmes indications se présentent pour les malades atteints d'un ulcère à hypopyon ou d'une blessure récente du globe. »

Cette méthode dont les indications sont étendues, a donné de bons résultats. Elle n'est toutefois pas exempte de reproches. Le moindre qu'on puisse retenir est la difficulté relative de son application. S'il est aisé de porter le thermocautère, sur un sac enflammé, il n'est pas toujours commode de contrôler exactement son action. Plusieurs parties irritées peuvent rester en dehors de la cautérisation. Elles peuvent entretenir l'excitation réflexe de la glande lacrymale et prolonger le larmolement. En outre les suites opératoires sont longues. Il est important dans l'intérêt même du malade de prolonger la durée de la cicatrisation, pour que le bourgeonnement se

fasse bien de la profondeur à la surface. La plaie ne doit se combler que lentement. Il en résulte une perte de temps appréciable.

Si, l'indication étant différente, au lieu de détruire par le fer rouge, on extirpe par le bistouri, on abrège considérablement le temps de la cicatrisation mais on augmente d'autre part les chances d'insuccès par suite de la difficulté de l'intervention.

Extirper entièrement un sac est difficile : savoir le reconnaître, ne pas enlever à sa place un lobule graisseux, ne pas oublier un fragment de muqueuse, agir assez bas jusqu'au canal nasal et cela dans une plaie qui saigne, où les points de repère font défaut, demande une habileté, qui explique d'une part le succès de quelques chirurgiens et d'autre part le nombre relativement assez grand de récidives.

C'est pourquoi nous ferons le reproche aux Auteurs du rapport d'avoir laissé de côté comme opérations exceptionnelles les interventions sur les glandes lacrymales et en particulier sur la glande orbitaire.

Si l'on pouvait comparer un nombre égal d'interventions de part et d'autre, nul doute que les indications de l'ablation de la glande ne fussent étendues dans de grandes proportions.

Loin de la laisser derrière les autres interventions, comme « un complément utile quand le larmolement persiste après qu'on a épuisé les ressources de la chirurgie des voies lacrymales », nous proposons d'inscrire en tête des interventions comme *première meilleure* l'ablation de la glande orbitaire.

L'indication principale est le larmolement simple, l'épiphora. C'est du succès de P. Bernard dans un cas de cette nature que date la méthode. Si le larmolement est hypersécrétoire, il sera du coup aboli, sans autre intervention (observations de I à XII).

Si le malade larmoie par suite d'une infection des voies lacrymales on obtient souvent une amélioration qui est le premier temps de la guérison. Nos observations viennent à l'appui de nos dires (observations de XII à XXI).

Souvent les malades larmoient malgré la perméabilité de leur canal nasal, les sondes et les infections passent facilement, mais à la moindre excitation provenant des poussières ou d'un air vif, les larmes se mettent à couler. Une légère sécrétion au grand angle de l'œil témoigne d'un peu d'irritation du sac. Le succès est presque toujours assuré ici par l'extirpation de la glande orbitaire. Ce sont des cas mixtes où l'infection des voies lacrymales est minime, mais où cependant les cathétérismes et les lavages n'apportent pas de remède définitif. Par cercle vicieux, l'abondance des larmes entretient l'irritation de la glande en lésant le bord palpébral et la conjonctive. La glande enlevée, les voies lacrymales se guérissent peu à peu comme si elles étaient privées par l'absence de larmes d'un élément d'infection, et la sécrétion et le larmolement cèdent presque en même temps.

Quand l'infection des voies lacrymales est mani-

teste, plusieurs éventualités sont à envisager de notre point de vue :

Il y a en premier lieu des cas aigus qui ne souffrent aucune intervention pour des motifs faciles à comprendre.

En deuxième lieu les cas chroniques.

Pour ces derniers de bons auteurs ont déconseillé la pratique de l'extirpation glandulaire. La moindre sécrétion purulente ou muqueuse serait une contre-indication. Tel n'est pas notre avis.

Parmi les cas chroniques nous distinguons des larmoiements qui vont de pair avec un refoulement mucopurulent, ceux qui accompagnent une ectasie du sac, — une mucocèle, une dacryo-cystite fistuleuse ou non, succédant à un état aigu, — ceux avec une carie osseuse, ouverture à la peau, fongosités où la tuberculose est en suspicion, — ceux enfin qui coïncident avec des indurations inflammatoires, infiltrations de tissus et fistules.

Éliminons tout ce qui n'est pas à proprement parler chronique comme la mucocèle, justiciable d'emblée d'une extirpation, les irritations reconnues tuberculeuses où la cautérisation du sac est indiquée, les reliquats inflammatoires, indurations fistuleuses, qui bien que chroniques demandent à être traités localement, et il reste toute la série des dacryo-cystites avec refoulement, ectasie, pour lesquelles il est possible de s'adresser à l'ablation de la glande lacrymale.

Sans doute nous n'y venons pas de prime abord ; Nous nous conformons à la technique habituelle.

Après application des méthodes Anel-Bowmann nous ouvrons largement le sac par en haut par un Stilling. Si la guérison survient au moyen de cette seule intervention le malade en profite. Mais il est rare que ce début n'ait pas une suite.

L'emploi des grosses sondes non plus ne doit pas être systématiquement rejeté. Le malade est soumis pendant un ou deux mois aux cathétérismes et aux lavages astringents des voies nasales.

Les sondes ont avantage à être choisies grosses pour certaines rétentions purulentes du sac dont on voit par ce procédé le pus diminuer progressivement. On peut dilater ainsi jusqu'au numéro 8, 9 et 10 selon la technique de MM. Poulard et Canque. Mais si malgré tout, le larmolement subsiste, si le malade ne cesse d'être gêné par les larmes et les sécrétions, nous n'hésitons pas à frapper à la source, remettant à plus tard une intervention possible sur le sac.

L'expérience nous a montré qu'une ablation de glande lacrymale bien conduite est le prélude de la guérison.

Les dix cas présentant une suppuration du sac que nous avons vu opérer ainsi, par notre maître Abadie, n'ont pas tardé à être radicalement soulagés de leur infirmité.

Dans l'observation XIV le sac sécrétait du mucopus en abondance.

L'observation XV présentait un refoulement muqueux.

L'observation XVI sécrétait du muco-pus par pression ;

L'observation XVII avait de la suppuration du sac avec blépharo-conjonctivite ;

Dans l'observation XVIII sécrétion purulente par pression avec blépharite ;

L'observation XIX avait présenté une dacryo-cystite ;

Dans l'observation XX, il s'écoulait sur la joue une grande quantité de pus par pression sur le sac.

Dans l'observation XXII, la malade était surtout gênée par une sécrétion muco-purulente venue du sac et qui « emplissait l'œil ».

On fit dans tous ces cas l'ablation de la glande lacrymale. La guérison s'établit. On ne peut donc pas dire que l'ablation est contre-indiquée dans l'éventualité d'une suppuration des voies lacrymales. Nous ne nions pas que certains faits d'extirpation de glande lacrymale cités par Terson ne donnèrent pas à leurs auteurs tout le bien qu'ils croyaient en retirer. Comme lui nous avons remarqué que la perméabilité existait dans les cas heureux que nous citons, et il est dit que les cas défavorables de Panas, Wagenmann et de Spéville (Terson) ne présentaient pas cette perméabilité. C'est pourquoi nous avons fait place à la dilatation progressive dans les soins antérieurs à toute intervention.

Pour résumer les indications de l'ablation de la glande lacrymale orbitaire, nous dirons que nous la proposons dans tous les cas de larmoiements sim-

ples, rebelles, hypersécrétoires ou autres, dans les cas de larmolement s'accompagnant de suppuration chronique des voies lacrymales après que le cathétérisme aura été effectué pendant au moins deux mois.

Nous la déconseillons dans toute éventualité différente en particulier dans les cas aigus, dans les cas où la tuberculose peut être soupçonnée et là où une intervention locale s'impose d'elle-même.

Les obstructions absolues du canal nasal constituent une indication moins favorable mais non une contre-indication.

MANUEL OPÉRATOIRE

Nous rappelons succinctement les principaux procédés, nous exposerons ensuite la méthode du D^Abadie que nous suivons.

Mais avant de commencer nous devons rappeler que de Wecker avait proposé de suppléer à l'ablation de la glande par l'enlèvement de sa partie accessoire et de ses canaux.

Reprenant en la perfectionnant l'idée de Szokalski qui demandait la ligature seule des canaux excréteurs, de Wecker oblitérait les canaux de la glande orbitaire en enlevant la glande palpébrale.

La méthode est restée encore dans la pratique ophtalmologique de quelques chirurgiens. Elle est particulièrement applicable aux cas qui s'accompagnent d'une hypertrophie de la glande accessoire et elle a pu donner là de bons résultats. Mais nous ne pensons pas qu'on puisse en proposer *l'application systématique* dans le larmolement.

On lui a compté comme mérites principaux de ne pas nécessiter le chloroforme, ce qui est erroné dans bien des cas, et de n'avoir que des conséquences insignifiantes. Mais on sait qu'elle peut exposer au

ptosis si le releveur est lésé et que parfois elle est inutile (la glande pouvant être absente) et souvent incertaine, ses fonctions réelles étant inconnues (Truc). En outre dans les cas où il existe une lacrymale palpébrale bien constituée, il faudra que l'ablation soit très complète et très minutieuse. Une certaine difficulté que les promoteurs n'ont pas cherché à nier domine donc la réussite, si bien que la simplicité de cette méthode est plus apparente que réelle, et oblige dans certains cas à ajouter à l'ablation de la glande palbrébrale celle de la glande orbitaire (complet lacrymal de Fromaget, Badal).

Il est d'esprit plus chirurgical d'enlever un organe lui-même que de chercher à l'atteindre en liant ses canaux.

Si la recherche et l'extraction de la glande principale exposait à quelques dangers ou présentait des difficultés sérieuses, on admettrait plus facilement un détour qu'ici les circonstances n'imposent pas, car il s'agit, en somme, d'une glande homogène, encapsulée et facile à énucléer.

Tout ne peut donc que conseiller son emploi. De plus l'extirpation de la glande orbitaire agit secondairement sur l'accessoire qui est sous sa dépendance étroite au point de vue de ses artères et de ses nerfs. L'ablation supprime les filets nerveux et les artérioles destinées à la palpébrale, il ne peut qu'en résulter une atrophie consécutive qui concourt au résultat final.

Les procédés d'extirpation de la glande lacrymale

orbitaire sont au nombre de cinq ou six ; ils ont été réglés à la suite des heureuses interventions de P. Bernard, de Textor dont nous donnons très succinctement la teneur comme prélude à nos observations.

P. Bernard eut à soigner en 1843 le jardinier de l'hospice La Rochefoucauld qui larmoyait depuis dix ans de l'œil gauche et qui avait déjà été soigné par sept des chirurgiens réputés de l'époque. Les sondes, les canules, les collyres avaient été employés, sans succès. Les voies lacrymales étaient libres. L'excision fut décidée après un essai de traitement médico-chirurgical d'un an qui répétait tous les anciens procédés. L'incision porta sur l'emplacement de la glande, elle s'étendait horizontalement près de la base de la paupière supérieure, et divisait en profondeur tous les téguments de cette paupière. A l'aide d'une sonde cannelée et d'un bistouri, la glande facilement reconnue fut saisie par une pince et on en détacha gros comme une amande. On s'en tint là à cause de la douleur éprouvée par le malade. Les suites opératoires furent normales et le larmoie-
ment très diminué. Toutefois le malade persévérant, revint deux mois après demander l'achèvement de sa guérison et cette fois le reste de la glande fut enlevé.

Le larmoie-
ment cessa complètement pour la gloire de P. Bernard. Il n'y eut pas de xérosis consécutif.

Textor fils quelques années plus tard recourut à

la même technique pour un maçon atteint de larmolement. Les cathétérismes avaient échoué, on tenta l'extirpation. L'incision située entre le sourcil et la paupière était directement oblique en dehors et longue d'un pouce et demi. On découvrit la glande dans l'espace cellulaire entre le périoste et l'orbite et la membrane albuginée. On put faire la préhension et l'extirpation d'une très grande partie de la glande avec de la graisse et du tissu cellulaire, mais l'indocilité bien compréhensible du malade empêcha de faire l'extirpation totale. On le calma avec des affusions d'eau froide et l'on put suturer de trois points et panser de bandelettes agglutinatives. Le lendemain et les jours suivants le gonflement fut considérable mais la cicatrisation se fit peu à peu et dix-sept jours après le malade quitta l'hôpital. Le larmolement avait disparu et pourtant l'œil conservait encore une certaine humidité. Revu dix mois plus tard le malade était en excellent état. Il vaquait à ses travaux sans ressentir le moindre écoulement anormal de larmes, l'œil n'était pas non plus trop sec, mais humide et brillant.

Les procédés d'extirpation ont ceci de commun qu'ils abordent la glande par la peau.

Le procédé de Travers qui abordait la glande par la conjonctive exposait à des désordres considérables et manquait souvent son but.

Les autres procédés sont plus connus et ont été reproduits par différents opérateurs.

Le procédé d'Acrel (Velpeau dit ignorer pourquoi on a attaché le nom d'Acrel à ce procédé) consiste à inciser les téguments au-dessous du sourcil. La paupière est divisée dans le sens naturel de sa courbure, près de sa racine, sur le point correspondant à la glande et dans toute son épaisseur. Les lèvres de la plaie étant écartées par un aide, le chirurgien isole la glande à l'aide d'un bistouri étroit conduit sur l'indicateur, la saisit avec une érigne, en dissèque la face interne, soit avec le manche ou le tranchant de l'instrument, soit avec un doigt et l'attire au dehors de son sommet vers la base.

Le procédé d'Halpin consiste à inciser sur le sourcil même. On tire fortement en bas la paupière jusqu'à ce que le sourcil, préalablement rasé, soit descendu au-dessous du bord de l'arcade sourcilière. Un aide fixe la peau dans cette situation. Une incision commencée immédiatement au-dessus du tendon de l'orbiculaire divise le sourcil dans toute son étendue (1) et vient s'arrêter à un demi pouce au-dessus de la commissure externe. Cette longueur de l'incision est nécessaire pour assurer le plus d'espace possible à la dissection de la glande. On renverse en bas le lambeau palpébral en le disséquant pour augmenter cet espace : on passe une ligature autour de la glande quand elle se prête à cette ma-

1. Lawrence limitait son incision à la partie externe du sourcil.

nœuvre et on la détache des os, partie avec le doigt, partie avec le bistouri. La plaie est rapprochée par quelques points de suture. C'est sans contredit le procédé le plus facile à exécuter et celui aussi qui laisse le moins de traces quand, ce qui est très commun après l'extraction de la glande lacrymale, la réunion ne se fait pas par première intention.

Le procédé de Velpeau consiste à diviser la commissure des paupières en prolongeant l'incision vers la tempe. On atteint mieux le but que par le procédé d'Acrel et par ce moyen, on met à découvert les deux tiers externes de la circonférence orbitaire. Cette incision étant faite, on renverse les paupières et l'on sépare la glande des parties voisines, comme dans les autres procédés. Il faut noter toutefois qu'il n'est pas indifférent de diviser l'angle externe des paupières car il en résulte une certaine difformité par la cicatrisation.

Dès 1878 le Dr **Abadie** avait déjà mis en pratique l'ablation de la glande orbitaire pour remédier au larmolement. Son procédé se distingue du manuel opératoire des auteurs précédents. Il se distingue en particulier du procédé de Ch. Halpin par le lieu différent de l'incision et par la conservation intégrale des poils du sourcil. Après désinfection habituelle de la peau par savonnage, brossage en insistant particulièrement sur la région pileuse du sourcil, lavages aux antiseptiques, la région opératoire est délimitée par un champ aseptique. Nous ne rasons pas le sourcil. Le malade étant endormi, l'index de

la main gauche délimite le bord externe de l'arcade orbitaire et maintient la paupière tendue de façon que le lieu de l'incision corresponde exactement au rebord orbitaire. Le bistouri tenu de la main droite fend les téguments sur tout le tiers externe du sourcil. L'incision est légèrement curviligne parallèle au sourcil au-dessous de lui à 2 millimètres environ (fig. 3). La peau fendue, on la dissèque avec soin. On tombe ensuite sur le *septum orbitale*. Une sonde cannelée est introduite sous cette aponévrose, on



FIG. 3

Ablation de la glande lacrymale orbitaire
Procédé Abadie
... Tracé de l'incision.

l'accole au rebord orbitaire et dans sa cannelure on fend le *septum*. La glande se présente aussitôt dans la plaie si elle est hypertrophiée, sinon il faut la rechercher. Deux petits écarteurs à griffe écartent les plans sectionnés. Du bout de la sonde cannelée on cherche sans se presser. Il est impossible que la

glande se dérobe longtemps ; on l'attire avec une petite pince pendant que sans tirailler on l'isole peu à peu en sectionnant les ligaments et les adhérences.

Il est très important de ne pas tirer trop sur la glande, car on risquerait de léser un nerf moteur ou sensitif, dont la blessure amènerait une paralysie (ptosis) ou une névrite (névralgie orbiculaire).

Il ne faut pas non plus se presser d'attirer en dehors ce qu'on aurait pris pour la glande et qui ne serait qu'un lobule graisseux, car on risquerait de vider plutôt l'orbite par ce procédé que d'extraire l'organe.

Enfin on ne saurait oublier la présence du releveur : son tendon est dans le voisinage de la plaie. A ce propos il ne faut pas prolonger trop en dedans l'incision du début qui pourrait l'atteindre ou léser ses nerfs.

La glande isolée, on procèdera à son énucléation, non sans avoir encore examiné avec soin le lieu de la section. Avant tout, il faut bien voir ce que l'on coupe et de rien laisser au hasard. Pour ce dernier temps on tordra le hile et l'on sectionnera les dernières adhérences.

Généralement il n'y a pas d'hémorragie. Les lèvres de la plaie seront réunies par deux points de suture qui ne comprendront que la peau.

Un pansement sec sera laissé quatre jours.

Les suites opératoires sont d'ordinaire très simples.

Au quatrième jour le pansement est changé, le sixième on coupe les fils.

On peut alors considérer le malade comme guéri. Point n'est besoin d'attendre la repousse du sourcil puisque notre procédé épargne les poils de la région.

Le malade peut vaquer à ses occupations sans être un sujet de remarque.

COMPLICATIONS

Il faut distinguer celles que l'on redoutait autrefois et qui sont actuellement très rares : Le phlegmon de l'orbite signalé par les anciens auteurs, la cicatrisation lente, la fistulisation à la suite d'excision incomplète et toutes les suites infectieuses inhérentes à un défaut d'asepsie.

L'atrophie pupillaire, la phtisie du globe ont été vues à la suite de ces complications redoutables.

De nos jours on peut craindre :

L'hémorrhagie

D'ordinaire elle n'est pas très abondante. Nous sommes loin des hémorragies signalées par Gifford (1) qui avaient pu dans un cas amener une atrophie consécutive du nerf optique.

Dans certains cas, chez les individus prédisposés (hémophylie) on a pu voir une infiltration de tout le tissu orbitaire.

D'ordinaire au cours de l'opération un peu de sang s'écoule en nappe. Il suffit de faire à l'aide d'un tam-

1. Gifford. *Americ. Journ. of ophtal.*, t. VI, p. 268.

pon d'ouate stérile un peu de compression pour que tout cesse rapidement.

Ptosis

On ne l'observe pas quand on prend soin de ne pas tirailler sur la glande avant qu'elle ne soit bien libérée de ses attaches, quand on évite de couper mal à propos au risque de blesser le nerf du releveur, enfin lorsqu'on limite l'incision au lieu d'élection.

Nous n'avons eu l'occasion d'observer cette complication qu'une seule fois sur une trentaine de cas.

Névralgie

On a peu l'occasion de signaler cette complication qui demande à la fois une lésion irritative d'un nerf et un état antérieur prédisposant.

Une seule fois, une de nos malades s'est plainte de douleurs qui ont cédé à une injection de cocaïne dans la région douloureuse.

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Nous nous bornerons à l'interprétation des faits, sans plus généraliser. Sur les 22 malades qui se sont présentés à nous, 21 avaient déjà subi la longue suite des traitements habituels sans amélioration. L'ablation de la glande une fois pratiquée, ces malades ont cessé de larmoyer. Ce n'était pas seulement une amélioration ; la guérison fut radicale.

Tous ont été revus à quelque distance du moment de l'intervention : la plupart sont revenus à notre instigation ou pour de nouveaux soins (corps étranger, conjonctivité, sclérite), aucun ne présenta jamais de récurrence.

La suppuration des voies lacrymales que nous ne considérons nullement comme une contre-indication s'est trouvée amendée rapidement après l'ablation de la glande : plusieurs de nos observations font foi de la double guérison du larmolement et de la suppuration du sac.

Quant au xérosis par suite de la suppression des larmes, nous n'en avons jamais constaté. Les glan-

des conjonctivales suppléant largement à l'arrêt de sécrétion orbitaire.

Cette opération si féconde en résultats n'est donc ni difficile, ni compliquée, elle ne comporte presque aucun risque pour le malade, la durée des soins n'excède pas quelques jours.

Il est donc à souhaiter d'en voir généraliser l'emploi.

OBSERVATIONS

Toutes nos observations proviennent de la clinique du Dr Abadie. Toutes sont inédites. Elles s'étendent sur une longue période de temps, ce qui nous a permis de contrôler le résultat de l'intervention.

C'est aussi ce qui en fait leur principal intérêt.

Elles sont au nombre de 22 :

Douze ont trait à des larmolements simples déjà longuement soignés ;

Neuf relatent des cas de larmolement avec suppuration du sac.

Enfin, dans 1 cas, l'ablation fut faite délibérément pour un larmolement simple sans autre traitement antérieur.

Quelques autres observations dues à Truc de Montpellier, Forgue, Badal, etc., ont été données dans des publications dispersées mais leur citation ajouterait peu de chose à notre étude en série.

OBSERVATION I

Larmolement simple

Madame D..., quarante ans.

Cette malade vient pour la première fois à la Clinique du Dr Abadie le 7 août 1895. Il y avait un an déjà que les deux

yeux pleuraient, ce larmolement avait commencé à la suite d'un traumatisme violent de la face ayant amené de larges ecchymoses palpébrales. Pendant dix-huit mois, on pratique le cathétérisme sans jamais avoir pu faire passer une sonde supérieure au numéro 2. Cette dernière passant encore avec peine.

L'électrolyse des canaux a même été tentée et cela sans aucune amélioration.

Devant ces tentatives successives et surtout devant les résultats négatifs, on fait des deux côtés l'ablation des glandes lacrymales accessoires. Cette nouvelle intervention ne donnant aucune amélioration, on fait encore pendant deux mois très régulièrement la cathétérisme des voies lacrymales.

En somme au bout de deux ans de traitement, le Dr Abadie propose l'ablation des deux glandes lacrymales orbitaires. On intervient d'abord du côté gauche. Le 21 mai 1899, sous chloroforme, on extirpe la glande lacrymale orbitaire. Tout se passe normalement sans suites opératoires. Depuis le larmolement a complètement cessé, l'œil n'est plus irrité, l'état est très satisfaisant.

Il n'a jamais été constaté de suppuration du sac ni d'un côté ni de l'autre.

Le 8 juin 1899, quinze jours plus tard on extirpe aussi la glande orbitaire droite. Tout se passe normalement. Le larmolement a considérablement diminué à la suite de l'intervention.

Les larmes ne coulent plus sur la joue comme auparavant mais cet œil reste encore un peu humide sans qu'il en résulte aucune gêne ni aucune poussée de conjonctivite.

Cette malade revient à la clinique en 1903 pour une sclérite rhumatismale de l'œil droit. Après un traitement salicylé de quelques semaines, l'œil est redevenu normal, plus de larmoiement. En somme, le résultat s'est absolument maintenu depuis l'intervention sur les deux glandes lacrymales orbitaires.

OBSERVATION II

Larmoiement simple

Honorine C..., dix-neuf ans, blanchisseuse.

Cette malade se plaint de larmoiement de l'œil gauche seul. Cette affection existe depuis l'âge de neuf ans et aurait succédé à un érysipèle de la face. Elle a été soignée pendant deux ans dans une clinique de Paris par le cathétérisme sans que le larmoiement ait diminué.

Il n'y a pas, comme dans la plupart de ces cas, de poussées de conjonctivite à répétition, pas de sécrétion du sac.

Actuellement, les larmes coulent sur la joue, les paupières sont très irritées, sont très rouges et présentent une blépharite interne. L'œil droit est absolument normal. Cette malade a une bonne dentition. Le passage des sondes ayant été fait très régulièrement pendant deux ans environ et n'ayant amené aucune amélioration, on propose l'extirpation de la glande lacrymale gauche. Mais la malade en raison d'une grossesse de six mois préfère différer l'intervention.

La malade ayant accouché, vient au mois de juillet 1900 à la clinique pour se faire opérer. Nous constatons que l'état

est le même pour l'œil gauche, les larmes coulent toujours sur la joue et les paupières sont toujours très irritées.

Le 21 juillet 1900, on fait sous chloroforme l'ablation de la glande lacrymale orbitaire gauche. Tout se passe très régulièrement, aucunes complications opératoires.

Le 25 juillet 1900, on fait le premier pansement. Nous constatons une ecchymose palpébrale et conjonctivale considérable mais l'œil pleure moins, les larmes ne coulent plus sur la joue.

Le 28 juillet 1900, les fils de suture sont enlevés. Plus de larmolement, la malade n'éprouve aucune gêne.

Le 25 août 1900, le larmolement ne s'est pas reproduit depuis l'opération.

La malade est très satisfaite de son nouveau sort.

OBSERVATION III

Larmolement simple

M^{lle} W..., dix-neuf ans.

Cette malade vient à la clinique le 22 avril 1900, pour un larmolement de l'œil droit. Cet œil a toujours pleuré. Elle est très gênée pour son travail. A l'âge de cinq ans, on la conduit aux Quinze-Vingts, pendant six mois on met une sonde à demeure, tous les jours lavages et remise de la sonde.

En 1888 elle vient à la clinique pendant deux mois, tous les deux jours, on pratique le cathétérisme, pas de mieux. A l'âge de quinze ans, double kératite parenchymateuse. Pen-

dant un an on fait des injections intra-musculaires de cyanure de mercure. Guérison.

Le 22 avril 1900, cette malade vient à la clinique car l'œil droit pleure d'une façon très gênante. Blépharite intense, rougeur de la conjonctive et dacryo-cystite; devant cet état de choses on propose à cette malade soignée depuis longtemps pour ce larmolement l'ablation de la glande lacrymale orbitaire. Cette opération est faite, sous chloroforme le 24 avril 1900. Tout se passe normalement, aucunes complications. Huit jours après tout est rentré dans l'ordre.

On revoit la malade en 1902. Etat parfait.

OBSERVATION IV

Larmolement simple

M^{lle} Berthe B. . . , dix-sept ans.

Il y a quatre ans, l'œil gauche a commencé à pleurer, la conjonctive était rouge, irritée, les larmes coulaient sur la joue d'une façon très gênante. Cette jeune fille étant en pension à Saint-Brieuc consulte un docteur de cette ville qui, après examen, pratique le cathétérisme du canal lacrymal. Cette intervention fut très douloureuse. Elle retourne voir ce docteur deux fois mais elle renonce à se faire soigner, le passage de la sonde étant très douloureux.

En 1898 cette malade ne voyant aucune amélioration, va à Nantes consulter mon ancien maître le D^r Teillais.

Après dilatation au stylet, le point lacrymal est fendu avec le couteau de Weber et pendant trois mois on passe très régulièrement tous les deux jours une sonde matin et soir.

Grande amélioration mais l'œil pleure toujours un peu. Le passage des sondes est aussi moins douloureux.

En 1908 cette malade vient habiter Paris et le 26 janvier 1901 elle vient consulter à la clinique. L'œil gauche pleure beaucoup, la peau de la joue est légèrement ulcérée par le contact continu des larmes. A l'examen, le canalicule semble avoir été deux fois incisé, car une bride semble le diviser, le tissu du canal est dur, blanchâtre, en somme le produit d'une série de cicatrisations consécutives aux nombreux débridements qui ont été faits.

Après une recherche infructueuse, à l'aide du fin stylet, du canal lacrymal et la sonde ne passant pas car elle vient buter sur une bride qu'on ne peut franchir, on propose à cette malade l'ablation de la glande lacrymale orbitaire gauche.

On pratique, sous chloroforme, cette extirpation le 4 février 1901. La glande étant volumineuse, l'ablation de cette dernière a été très laborieuse. L'opération quoique longue n'a présenté rien d'anormal. Pas d'hémorragies. L'incision quoique faite un peu basse, n'a amené aucune complication.

Le 8 février 1901, on enlève le pansement, à peine si on constate une légère ecchymose, l'œil est en parfait état, la plaie a très bon aspect mais on constate un léger ptosis.

Le 10 février 1901, l'œil ne pleure plus, l'incision est complètement cicatrisée. Tout est normal.

Le 13 mars 1901, plus de ptosis, plus aucunes traces de l'opération, la cicatrice se perd dans les plis de la paupière, l'œil ne pleure plus, en somme résultat parfait.

Le 1^{er} mai 1902, cette malade revient à la clinique pour une légère hypermétropie que l'on corrige à l'aide de verres

de + 1 dioptrie, elle nous dit que son œil gauche ne la gêne plus, ne pleure plus.

OBSERVATION V

Larmoiement simple

M^{lle} Louise G..., trente et un ans.

Depuis un an les deux yeux pleurent, les larmes coulent sur les joues, aussi bien durant le travail qu'en plein air. Cette malade consulte un docteur qui lui donne à faire des lotions boriquées. Le 15 décembre 1900 vient à la clinique. Après dilatation des points lacrymaux avec le stylet, on fend chaque point lacrymal avec le couteau de Weber et on passe de chaque côté la sonde. La cocaïne à chaque fois passe très bien par le nez.

Cette malade vient régulièrement tous les deux jours et cela pendant trois mois. Aucunes lésions du sac. Les larmes sont toujours abondantes et gênent la vision. Donc aucune amélioration par tous ces traitements. On propose devant cet état de choses, l'ablation sous chloroforme de la glande lacrymale orbitaire droite. On pratique cette opération le 4 mars 1901. Rien d'anormal durant cette intervention, on se sert pour la première fois d'une petite pince-écarteur disposée à cet usage, seulement au moment de la section du hile de la glande, il se produit une assez forte hémorragie, on fait un peu de compression et tout rentre dans l'ordre.

Le 10 mars 1901, au premier pansement, on constate une large ecchymose, un peu de sang a même fusé sous le tissu conjonctif jusque sous les paupières de l'œil gauche.

L'œil droit opéré ne pleure plus, la plaie est très bien cicatrisée.

OBSERVATION VI

Larmolement simple

M^{lle} A. P..., quinze ans.

Il y a six ans, début du larmolement de l'œil gauche, les larmes coulaient sur la joue et entretenaient une rougeur de la peau qui par moment s'ulcérait.

Cette malade consulte à Versailles, on lui fait mettre comme traitement une mouche de Milan derrière l'oreille et on entretient à l'aide d'une pommade une suppuration régulière.

Ces soins ne donnent aucun résultat.

Deux ans après, cette malade va consulter un docteur de Chaville, cette fois on ordonne un collyre que l'on met dans l'œil gauche. La rougeur de la conjonctive disparaît mais les larmes persistent. Le travail de couture devient pénible car à chaque instant, cette malade est obligée de s'essuyer les yeux.

Alors elle vient à Paris consulter dans une clinique où pendant seize mois on passe une série de sondes après avoir ouvert le point et dilaté le canal lacrymal. Après chaque cathétérisme, on faisait à l'aide d'une seringue un lavage des voies lacrymales. L'œil est moins rouge mais comme il pleure toujours beaucoup, cette malade vient à la clinique du Dr Abadie, nous ne constatons aucune suppuration du sac, l'injection de cocaïne passe bien dans le nez, il est facile de

passer les sondes même d'un assez gros calibre, tout ce traitement ne donne aucune amélioration.

Nous proposons à cette malade l'ablation de la glande lacrymale orbitaire gauche. Tout se passe très normalement. La glande est volumineuse, il se produit une petite hémorragie lorsqu'on coupe le pédicule, aussi dans la suite petite ecchymose de la paupière. Cinq jours après on enlève les fils de suture, tout est parfait.

Le 3 mars 1902 la paupière est un peu ecchymotique, la cicatrice paraît à peine. L'œil ne pleure plus.

Le 10 mars 1902 tout est normal, l'œil est en parfait état, on sent sous la cicatrice de petites aspérités qui doivent être dues au tissu de l'aponévrose se refaisant à nouveau.

Le 15 septembre 1902 on revoit cette jeune malade qui est très satisfaite, l'œil ne pleure plus, les petites aspérités senties à l'endroit de la plaie ont complètement disparu.

OBSERVATION VII

Larmoiement simple

M^{me} R..., soixante ans.

Cette malade nous dit que toujours elle a eu les yeux malades. Vers l'âge de cinquante ans, elle est prise de larmoiement.

L'œil gauche pleure plus que le droit.

Mars 1902. — Elle va consulter dans une clinique de Paris, on fait durant neuf mois, deux fois par semaine, le cathétérisme des voies lacrymales.

Aucune amélioration.

En décembre 1902 cette malade vient à la clinique.

Après examen, nous passons de nouveau durant un mois, une série de sondes dans les canaux lacrymaux, même résultat, aucune modification.

L'œil gauche étant le plus gênant, car les larmes en excès ont ulcéré un peu la peau de la joue, on propose de ce côté l'ablation, sous chloroforme, de la glande lacrymale orbitaire gauche.

Cette intervention est pratiquée le 6 février 1903.

La glande est volumineuse et comme noyée dans la graisse.

On est obligé de tirer assez fortement sur elle pour l'isoler de sa loge. Tout se passe cependant normalement. Au premier pansement, tout est parfait.

Pas de ptosis, ce qui était à craindre à cause des manœuvres faites sur la glande pour l'expertiser.

Un mois après l'œil, ne pleure plus et la malade est très satisfaite.

OBSERVATION VIII

Larmoiement simple

M^{lle} Florestine Ro..., vingt-neuf ans.

L'œil droit pleure très abondamment depuis cinq ans, l'œil gauche pleure, mais beaucoup moins. Cet état est très gênant pour les travaux de couture, les conjonctives sont sans cesse irritées et une blépharite intense rend très sensible le bord des paupières.

Cette malade vient à la clinique au mois d'avril 1903 et commence à se faire soigner.

Les larmes coulent sur les joues toute la journée et les yeux sont devenus très sensibles à la grande lumière.

Après avoir fait le traitement ordinaire, on passe les sondes pendant quatre mois trois fois par semaine. Les sondes ont quelques difficultés à pénétrer mais l'injection de cocaïne passe très facilement dans le canal nasal. Au mois de juillet 1903 on ne passe plus la sonde qu'une fois par semaine. Cette malade ne vient pas se faire soigner pendant le mois de septembre, étant absente de Paris. Elle revient à la clinique au mois d'octobre 1903, on passe durant quelques jours les sondes, aucune amélioration, aussi devant ce résultat négatif, on propose l'ablation de la glande lacrymale orbitaire droite. On pratique cette intervention le 1^{er} novembre 1903 sous chloroforme. Tout se passe normalement. La glande est très petite, très adhérente, pas d'hémorragie.

Le 5 novembre 1903 on fait le premier pansement, tout est en parfait état, seulement la malade éprouve dans la région opérée une violente douleur. Cette douleur prend par crise et par instant devient d'une extrême acuité.

Le 10 novembre 1903 la douleur est si forte qu'on fait dans la région douloureuse une injection sous-cutanée de 1 centimètre cube d'une solution de cocaïne à 1 pour 30. Cette douleur locale diminue et heureusement le 16 novembre 1903 tout est rentré dans la normale.

L'œil droit ne pleure plus.

Cette malade revient à la clinique en 1908 pour un corps étranger de la cornée gauche. L'état de l'œil droit est toujours parfait.

OBSERVATION IX

Larmoiement simple

M^{me} T..., trente ans.

Depuis huit ans, larmoiement abondant de l'œil gauche. Les conjonctives sont très irritées et sur le bord ciliaire on constate une blépharite intense. En 1900, cette malade va consulter à Sens. On fait une incision du point lacrymal mais on ne parvient pas à pratiquer le cathétérisme du canal lacrymal.

En 1901, nouvelle consultation aux Quinze-Vingts. On essaye de nouveau à passer la sonde mais on ne peut arriver à pratiquer le cathétérisme. En 1903, cette malade va à Troyes pour se faire soigner. Pour la troisième fois, on ne peut passer la sonde et l'œil gauche pleurant toujours d'une façon très gênante, elle vient à la clinique. Comme après examen, il est impossible de faire passer dans le canal le stylet le plus fin et qu'avec la plus grande patience, il est impossible aussi de passer la plus petite sonde, on se décide, devant ce larmoiement devenant très gênant, à faire l'ablation de la glande lacrymale orbitaire gauche sous chloroforme.

Aucunes complications opératoires, tout s'est passé normalement.

Quinze jours après, on constate une amélioration sensible dans l'état des paupières et un mois après la malade nous dit qu'elle ne pleure plus.

Nous avons revu en 1906 cette malade qui est dans un état parfait.

OBSERVATION X

Larmoiement simple

M. L. . . , trente-quatre ans, cocher.

Ce malade vient pour la première fois à la clinique du Dr Abadie le 25 février 1905. Il nous dit que toujours l'œil gauche a pleuré, pendant les froids de l'hiver « c'est une vraie fontaine ». Il est très gêné dans son métier car toute la journée il est exposé au grand air de la rue. On fait le nécessaire, on passe très régulièrement durant deux mois deux fois par semaine les sondes. La cocaïne s'écoule très bien par le nez à chaque injection. On constate que malgré ce traitement l'œil pleure très abondamment. Le malade très sensible, un peu nerveux, est découragé, il veut abandonner tout traitement car il ne guérira jamais. C'est alors que nous proposons de lui enlever la glande lacrymale orbitaire gauche, source probable de tous ses ennuis. L'intervention a lieu, sous chloroforme, le 21 avril 1905. Tout se passe normalement, la glande est volumineuse. Pas d'hémorragie à la section du pédicule.

Le 26 avril 1905 on fait le premier pansement, on enlève les fils de suture et on constate à notre grande surprise un ptosis de la paupière supérieure gauche. En examinant avec attention on voit que le pourtour de l'orbite est comme animé de petites contractions. L'orbiculaire semble se contracter sous une influence nerveuse involontaire. Durant l'opération a-t-on traumatisé un nerf de la région ? Le releveur de la paupière a-t-il été lésé ? où est-on en présence

d'un réflexe purement nerveux ; en somme une sorte de tic de la face. Devant cet état de choses, comme traitement ou électrise l'orbiculaire, on fait quelques injections locales sous-cutanées de strychnine. Tout cela ne donne aucune amélioration. L'œil ne pleure plus depuis l'opération, mais ce malade se lamente de voir ainsi sa paupière basse. Aussi le 15 juin 1905, sous chloroforme, on intervient sur le ptosis et on pratique l'opération de Dransart. On serre par deux fois les fils et à la fin du mois de juillet 1905, la paupière est bien relevée et le malade content oublie vite ses ennuis.

Nous avons revu deux fois ce malade qui venait chaque année nous remercier de tout ce que l'on avait fait pour lui.

L'œil ne pleurait plus, aucune sécheresse de la conjonctive.

La paupière est restée bien relevée.

OBSERVATION XI

Larmoiement simple

M^{lle} Q... Jeanne, vingt ans.

Depuis l'âge de quatorze ans, l'œil gauche pleure, les larmes coulent sur la joue et cet état est très gênant pour les travaux de couture. Cette malade consulte à Brest en 1902 un docteur qui lui fait, d'après ce qui nous est dit, « une petite opération ». On passe les sondes pendant trois mois, l'œil ne pleure presque plus pendant six mois. Cette malade vient habiter Paris. Au mois d'août 1904, l'œil gauche, de nouveau, devient rouge et se met à pleurer. Pen-

dant deux ans aucun traitement. Le 1^{er} avril 1906, cette malade vient à la clinique. Après examen, on passe très difficilement la sonde. Il semble qu'une fausse route ait été faite dans le canalicule. Avec beaucoup de patience, on franchit quatre fois seulement le canal, aussi devant ces difficultés et l'œil gauche pleurant toujours d'une façon très gênante, on propose, sous chloroforme, l'extirpation de la glande orbitaire gauche. Le 22 avril 1906, cette opération est pratiquée. Tout se passe bien, la glande est volumineuse, pas d'hémorragies. Au premier pansement, cinq jours après, tout est parfait.

L'œil ne pleure plus, aucunes complications.

Le 2 mai 1906 on revoit cette malade qui est très satisfaite de cette opération.

Le 4 juillet 1906 l'œil gauche ne pleure plus, en somme très bon résultat.

OBSERVATION XII

Larmoiement simple

M^{lle} Maria P..., dix-huit ans.

Cette malade nous dit que le début de son larmoiement remonte au mois de décembre 1905, elle ne fait aucun traitement ; au mois d'avril 1906 elle va consulter à Paris. Après dilatation du canal lacrymal et ouverture des points, pas d'amélioration Elle vient à la clinique du Dr Abadie au mois de juillet 1906, on passe régulièrement deux fois par semaine la sonde du côté droit jusqu'à la fin du mois de sep-

tembre. On constate un mieux sensible mais les premiers froids venus l'œil recommence à pleurer, les conjonctives sont rouges, les yeux très sensibles à la lumière. On propose l'ablation de la glande lacrymale orbitaire droite. Cette opération est pratiquée le 8 décembre 1906. Tout se passe normalement, la glande est facile à extirper. On enlève cinq jours après le pansement, la cicatrice est bien faite, l'œil n'a pas pleuré.

Le 20 décembre 1906 l'œil ne pleure plus, la cicatrice paraît à peine, aucune sécheresse de la conjonctive.

OBSERVATION XIII

Larmoiement simple

M^{lle} S..., vingt-quatre ans, infirmière.

Cette malade nous dit que son œil gauche pleure depuis son enfance. Aux Enfants-Assistés à l'âge de six ans, on fait une première intervention, on ne peut réussir à passer la sonde, à onze ans elle est placée dans un service aux Enfants-Malades, on ne peut réussir à passer la sonde, on l'envoie à Berck. On la conduit, le 5 octobre 1907, dans une clinique de Paris, on fait une nouvelle intervention mais après bien des essais, on ne peut encore passer la sonde. L'œil gauche pleure toujours et le bord de la paupière est très rouge. Le 1^{er} janvier 1908 cette malade vient à la clinique du Dr Abadie; après un minutieux examen, on voit qu'il est impossible de passer aucune sonde.

L'œil gauche pleure beaucoup et la malade est très gênée dans son travail d'aide de salle. Ne pouvant arriver à aucun

résultat, on propose à cette malade l'ablation sous chloroforme, de la glande lacrymale orbitaire gauche.

Durant l'intervention qui se fait le 16 février 1908, tout se passe normalement. Un mois après, l'œil ne pleure plus et le bord des paupières est redevenu normal.

Nous revoyons souvent cette malade qui est très satisfaite. L'œil ne pleure plus et ne présente aucune sécheresse.

OBSERVATION XIV

Larmolement avec sécrétion

Marie R..., vingt-quatre ans.

Cette malade vient depuis cinq mois à la clinique du Dr Abadie. Elle présente du côté droit un larmolement très accentué et le sac sécrète du muco-pus en abondance. On pratique d'une façon régulière le cathétérisme des voies lacrymales droites, la sonde numéro 4 passe très aisément et sans douleurs.

Auparavant, pendant six mois, cette malade avait été se faire soigner dans une clinique de Paris, là aussi on avait fait durant tout ce temps le cathétérisme des voies lacrymales. Ce traitement fait régulièrement avait très légèrement amélioré le larmolement. Devant cet état des choses et ces soins n'ayant amené aucune amélioration, on propose l'ablation de la glande lacrymale orbitaire droite qui est faite sous chloroforme le 15 février 1898. Aucunes complications opératoires. Tout s'est passé très normalement.

Le 8 janvier 1899 près d'un an après l'intervention, il n'y a plus ni gêne, ni conjonctivite, ni larmolement, ni suppura-

tion, ni dilatation du sac. La malade est très satisfaite. L'œil est bien ouvert et la conjonctive ne présente aucune sécheresse.

Le 27 mai 1901 nous revoyons cette malade, la guérison persiste toujours. Plus de larmolement depuis l'opération. Pas de sécheresse conjonctivale.

OBSERVATION XV

Larmolement avec sécrétion

M^{me} L..., trente-six ans.

Cette malade vient à la clinique au mois de janvier 1899, mais déjà l'affection pour laquelle elle est venue se faire soigner remonte à six mois. L'œil droit pleurait, les larmes coulaient sur la joue et entretenaient sur le bord ciliaire une blépharite intense.

Quand on pressait dans la région du sac, un liquide non purulent mais légèrement opalescent sortait par le point lacrymal, on dilate le canalicule, on le fend légèrement, on passe facilement la sonde. La cocaïne passe très bien par les voies lacrymales. Pas de lésions dentaires. On fait régulièrement ce traitement pendant six mois. Au mois de juin 1899, cette malade quittant Paris, ne vient plus se faire soigner. Elle revient à la clinique le 17 janvier 1900, étant très gênée dans son travail par le larmolement de l'œil droit, toujours liquide opalescent à la pression dans la région du sac. On passe de nouveau la sonde durant un mois. Aucune amélioration. Devant cet état de choses, on propose, sous chloroforme, l'ablation de la glande lacrymale orbitaire droite.

Tout se passe normalement, pas d'hémorragies ; cinq jours après on enlève les fils de suture de la peau, aucune complication. L'œil ne pleure plus. On fait faire tous les soirs sur la région du sac une légère friction à la pommade iodoformée. Un mois après tout est rentré dans l'ordre, l'œil a repris son état normal et le sac ne sécrète plus de liquide opalescent.

OBSERVATION XVI

Larmoiement avec sécrétion

M^{lle} Rose C..., treize ans.

A l'âge de six mois, d'après ce que la mère raconte, elle conduit sa fille dans une clinique de Paris. On parle d'un abcès du sac lacrymal de l'œil droit. On intervient. On pratique une ouverture de ce sac. Depuis cette époque, les larmes coulent sans cesse sur les joues, on se borne à des lavages fréquents mais pas d'autre traitement. Au mois de mai 1900, la mère se décide à faire soigner sa fille. Elle la présente à la clinique et après examen on fait le cathétérisme des voies lacrymales. On passe dès le premier jour une sonde numéro 1. Régulièrement on fait ce traitement tous les deux jours. Pas d'amélioration, le larmoiement continue. Vers le 1^{er} novembre 1900, on essaye une sonde à demeure pendant trois jours. Les larmes sont peut-être un peu moins abondantes mais cependant elles sont toujours très gênantes. Devant cet état de choses, on se décide à faire sous chloroforme l'ablation de la glande lacrymale orbitaire. Le 12 mai 1900 on pratique cette extirpation. Tout se passe bien, aucu-

nes complications hémorragiques. Depuis cette intervention, plus de larmes, l'œil a repris son aspect normal. Cette petite malade est guérie.

Un mois après, tout semble parfait, plus de larmoiement, l'incision est si bien cicatrisée qu'elle ne paraît en aucune façon.

En somme très bon résultat.

Au mois de novembre 1901, la malade revient à la clinique. L'œil opéré est toujours dans un état parfait.

OBSERVATION XVII

Larmoiement avec sécrétion

M^{me} A..., vingt-six ans.

Vers les premiers jours du mois de juin 1900, cette malade constate que son œil gauche pleure, elle nous dit aussi que lorsqu'elle presse sur l'angle interne de cet œil, il en sort un peu de sécrétion blanchâtre. Elle va consulter dans une clinique de Paris, on lui dit que « cela n'est pas grave » et on lui donne aucun traitement. Cette malade se présente à la clinique le 5 juillet 1900. Devant ce larmoiement, on dilate le point lacrymal et après l'avoir légèrement fendu, on passe une série de sondes. On fait régulièrement ce traitement deux fois par semaine pendant quatre mois. La sonde n^o 4 passe très bien, ensuite on fait un lavage du sac avec une solution faible de sublimé, le cathétérisme régulier ne donne aucun résultat. On pratique, sous chloroforme, le 29 décembre 1900 l'extraction de la glande lacrymale

orbitaire gauche. Tout se passe normalement, cependant lorsqu'on sectionne le pédicule, une assez violente hémorragie a lieu, mais tout rentre rapidement dans l'ordre. Au premier pansement, c'est-à-dire cinq jours après l'intervention, on constate une large ecchymose de toute la région mais sans complication aucune.

Le 12 janvier 1900 nous revoyons la malade, l'œil ne pleure plus, l'ecchymose a presque disparu, à la pression du sac aucun liquide ne s'en échappe.

Le 17 janvier 1900 le mieux continue. L'ecchymose a presque complètement disparu, la cicatrice ne paraît plus, l'œil n'est pas irrité. Plus de larmolement sur la joue et aucune sécrétion du sac.

Le 31 janvier 1900, état très satisfaisant. Plus aucunes larmes, et pas de sécheresse de l'œil.

Le 21 février 1900, même état, l'œil ne pleure plus, la cicatrice est à peine apparente.

Le 6 avril 1900, état parfait, la malade est très contente de son nouveau sort.

OBSERVATION XVIII

Larmolement avec sécrétion

M^{me} L., vingt-trois ans.

Cette malade vient à la clinique du Dr Abadie depuis deux ans. Il existait du côté droit une dacryocystite chronique. Le larmolement datait de l'enfance, l'œil droit a toujours pleuré avec poussées fréquentes de conjonctivite et bléplairite intense du bord des paupières.

On pratique régulièrement durant quatorze mois le cathétérisme avec lavages des voies lacrymales à l'aide de la sonde

creuse de de Wecker. La sonde a toujours très facilement passé. Ce traitement amène quelques soulagements, nous constatons moins de suppuration du sac, les poussées de conjonctivite sont moins fréquentes mais le bord des paupières est toujours très irrité.

Cette malade se plaignant fort de son larmolement qui la gêne beaucoup dans ses travaux de couture, nous lui proposons l'extirpation de la glande lacrymale orbitaire droite qui est pratiquée, sous chloroforme.

Le 31 janvier 1901 tout se passe très normalement, aucunes suites à considérer.

Depuis l'ablation de la glande, le larmolement est totalement supprimé, l'œil est en état parfait, plus de poussées de conjonctivite, plus de blépharite, en somme, plus aucune gêne.

L'œil gauche n'a jamais été atteint de larmolement.

Le 18 mai 1905 cette malade revient à la clinique pour une poussée de kératite pustuleuse de l'œil droit.

Cette affection a débuté il y a deux semaines. Après quelques jours de soins, pommade à l'oxyde jaune et sirop iodotannique, l'œil droit présentant un peu de larmolement et de photophobie a repris son aspect normal. Aucun larmolement n'a persisté et surtout on ne constate aucune sécheresse de la conjonctive.

OBSERVATION XIX

Larmolement avec sécrétion

M^{me} C..., trente-neuf ans.

Cette malade présente une très mauvaise dentition, souvent abcès alvéolo-dentaires et fistules consécutives. Le

larmoient remonte à quatre ans. Les larmes coulent sur la joue et entretiennent une blépharite intense.

Au mois de septembre 1900, cette malade vient à la clinique, car présence de pus dans l'œil gauche, chaque fois qu'elle presse sur l'angle interne. Après avoir fait faire l'ablation de toutes les racines dentaires on dilate le point lacrymal, on fend avec le couteau de Weber le canalicule et on pratique le cathétérisme. Pendant ce traitement, pas une fois l'injection de cocaïne pour insensibiliser le canal n'a passé par le nez. A l'aide de sondes creuses, on fait des lavages du canal.

L'œil pleure un peu moins et la sécrétion purulente a beaucoup diminué.

Cette malade est forcée d'abandonner son traitement car elle est hospitalisée pour une affection utérine.

Cette malade revient au mois de mars 1901. On reprend le traitement très régulièrement, cathétérisme tous les deux jours : L'injection de cocaïne ne passe pas encore par le nez, cependant on constate moins de sécrétions purulentes qu'en 1900. Malgré ce traitement assidu, l'œil gauche pleure toujours très abondamment.

Devant cet état de choses, on se décide à faire, sous chloroforme, l'ablation de la glande orbitaire gauche.

Aucune complications opératoires. Tout s'est passé très normalement.

Deux mois après, l'œil ne pleure plus et on constate que le sac ne sécrète plus.

OBSERVATION XX

Larmolement avec sécrétion

M^{lle} Léonie Ar..., treize ans.

A l'âge de deux ans, gourme, nombreux ganglions, adéno-pathie cervicale avec suppuration.

Probablement dacryo-cystite avec abcès du sac lacrymal du côté droit car au moment où la malade se présente à la clinique, on constate une petite cicatrice à l'angle interne droit au niveau du sac. La mère ne peut donner que de vagues renseignements car l'enfant lui revient de nourrice à l'âge de treize ans. Ce qu'elle sait, c'est que durant tout ce temps, l'œil droit pleurait, que les larmes coulaient sur la joue et que lorsqu'on pressait sur l'angle interne de l'œil, il s'écoulait sur la paupière inférieure une grande quantité de pus. Devant cet état de choses, la mère se dispose à faire soigner sa fille. Elle la conduit à la clinique au mois d'août 1901. Après avoir fait le nécessaire, on passe régulièrement tous les deux jours une sonde creuse pour permettre de laver et de désinfecter le sac et le canal. On fait ce traitement pendant trois mois ; pas grandes modifications, en somme toujours le même état. L'œil est très irrité, la blépharite intense ; devant cet état de choses on expose à la mère qu'il serait utile pour sa fille de faire, sous chloroforme, l'ablation de la glande lacrymale orbitaire droite.

Après réflexions de la famille, l'intervention est acceptée et le 19 novembre 1901 l'opération est faite.

Rien d'anormal du côté opératoire, aucune complication dans la suite.

Le 25 novembre 1901 l'œil ne pleure plus; à la pression du sac, on voit encore apparaître dans l'angle interne un peu de sécrétion blanchâtre, mais elle diminue chaque jour et le 30 novembre 1901 il n'y a presque plus de sécrétion.

La cicatrice est très belle, elle paraît à peine.

Le 31 mars 1903. cette malade revient à la clinique nous dire que tout va bien et que son œil droit ne pleure plus du tout. Aucunes traces de l'incision.

Le 30 octobre 1903 nous revoyons cette opérée, on voit à peine la cicatrice, pas de pus dans le sac, on constate seulement qu'un peu d'air en est chassé avec un léger bruit.

OBSERVATION XXI

Larmolement avec sécrétion

M^{lle} Pérette T..., vingt-trois ans.

Depuis quatre ans l'œil gauche pleure.

Cette malade est très gênée dans son travail de couture, à chaque instant elle est obligée de s'essuyer l'œil. En 1902 dacryo-cystite et abcès du sac. La malade va consulter à Angers où elle habitait à cette époque.

On fait une incision du sac que l'on panse pendant plusieurs jours à l'aide de mèches de gaze iodoformée et après guérison de ce sac, on passe pendant deux ans régulièrement des sondes.

L'œil pleure toujours. En 1904 au mois de février, cette malade vient à la clinique. Nous passons pendant deux mois

tous les deux jours, très régulièrement la sonde, mais ce traitement ne donne aucun résultat. Alors on se décide à pratiquer l'ablation, sous chloroforme, de la glande lacrymale.

Durant tout le traitement par le cathétérisme, le liquide injecté dans les voies lacrymales ne passait pas par le nez.

On fait l'extirpation de la glande lacrymale orbitaire gauche le 19 mai 1904.

Aucunes complications opératoires. Huit jours après, guérison, l'incision ne paraît pas et l'œil ne pleure plus.

Deux mois après, nous revoyons la malade qui nous dit que l'état de son œil gauche est parfait et que tout est rentré dans l'ordre.

OBSERVATION XXII

Larmolement avec sécrétion

M^{me} T..., cinquante-neuf ans.

En octobre 1906, cette malade se présente à la clinique de M. le Dr Abadie pour une dacryocystite chronique de l'œil droit. Depuis dix-huit mois environ, cet œil est humide, pleure. Ce larmolement est très gênant mais ce qui trouble surtout la malade, c'est la sécrétion muco-purulente qui remplit continuellement l'œil ; souvent aussi, il survenait de fortes poussées de conjonctivite avec photophobie et le soir l'éclat de la lumière était péniblement supporté. Depuis plus de vingt ans cet œil est fortement amblyope. Ayant consulté à cette époque, il n'a été fait aucun traitement, nous constatons une atrophie complète de la papille.

L'œil gauche présente un léger larmolement peu gênant, datant aussi de dix-huit mois environ.

Il y a une dizaine d'années, cette malade a fait une chute sur la face qui a écrasé le nez en fracturant les os et la cloison. Le larmolement n'a pas paru à la suite de ce traumatisme. La malade a perdu les dents du maxillaire supérieur, depuis longtemps il reste encore quelques racines sous une pièce de prothèse, aussi avant de commencer tout traitement nous faisons extirper ces racines qui souvent par de petits abcès alvéolaires entretiennent une congestion continue des tissus et par cela même des conduits lacrymaux.

Au mois de juillet 1906, cette malade va pendant deux mois, deux fois par semaine dans une clinique de Paris se faire soigner. On constate une dacryo-cystite chronique avec ectasie du sac et refoulement et on pratique régulièrement le cathétérisme simple. Ce traitement n'amène aucune amélioration. Ici à la clinique nous continuons à pratiquer le cathétérisme mais après chaque passage de sonde, on fait un lavage du sac avec la sonde creuse de de Wecker. La malade vient très régulièrement trois fois par semaine. Il ne se produit aucune amélioration. La sonde numéro 4 passe facilement, la sécrétion est moins épaisse, moins purulente, mais persiste malgré tout avec dilatation du sac.

Les larmes sont abondantes et gênent beaucoup la malade dans ses travaux de couturière.

L'œil gauche peu atteint n'a pas été traité.

En somme, devant le résultat négatif de tous ces soins, on pense à l'ablation de la glande lacrymale droite. On pratique cette intervention, sous chloroforme, le 26 mars 1907. Tout se passe normalement, on met deux fils de suture.

Le 29 mars 1907 on enlève le pansement. L'œil n'est plus

larmoyant, il existe une sécrétion insignifiante du sac, on constate de légères ecchymoses sous conjonctivales.

Le 5 avril 1907, la cicatrisation est complète et la plaie invisible. Encore une légère teinte ecchymotique de la conjonctive.

La malade se trouve admirablement bien. L'œil n'est plus collé le matin au réveil, et il ne se produit plus aucune sécrétion du sac, ce dont elle se plaignait tant avant l'opération. Le larmolement a complètement disparu.

Nous avons revu cette malade un an après l'intervention, tout était en parfait état.

CONCLUSIONS

1° Il existe des larmoiements rebelles résistant au traitement ordinaire par les lavages et le cathétérisme, qui finissent par constituer une infirmité très gênante et dans certains cas très préjudiciable aux malades.

2° L'ablation de la glande lacrymale orbitaire guérit ces larmoiements.

3° La situation anatomique de la glande, ses rapports avec les organes voisins, son état d'isolement relatif, sa constitution homogène rendent son extirpation facile.

4° La facilité du manuel opératoire est un sûr garant du résultat, aussi doit-on préférer cette intervention aux procédés qui s'adressent aux glandes palpébrales.

5° Nous proposons d'étendre les indications de cette méthode à toute la série des rétentions lacrymales purulentes, catarrhe du sac, larmoiement simple, chez des malades qui ne peuvent s'exposer au retard et aux aléas de la thérapeutique ordinaire.

6° Les observations que nous présentons viennent à l'appui de nos assertions.

Vu : Le Doyen,
LANDOÛZY

Vu : le Président de la thèse
DE LAPERSONNE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Abadie.* — Gazette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie, 1878, n° 13, p. 195.
- Aerel.* — Gazette médicale, 1846, p. 723.
- Anel.* — Observation singulière sur la fistule lacrymale. Turin, 1713.
- Arlt.* — Die Krankheiten des Auges. Prag., 1855, III, 417.
- Aubaret.* — La cure radicale de la dacryo-cystite d'origine nasale. Société d'Anatomie de Bordeaux, nov. 1903. Annal. d'oculistique, août 1904.
- Axenfeld.* — Société all. d'ophtalmologie. Heidelberg, août 1901, p. 160.
- Badal.* — Considérations sur les glandes lacrymales et leur ablation. Archives d'opht., 1885, p. 386.
- Balezewski.* — Contribution à l'étude de la dacryo-cystite et de son traitement. Thèse^e de Paris, 1880.
- Bernard* (Paul). — Mémoire sur un nouveau moyen de guérir les fistules lacrymales et les larmolements chroniques réputés incurables. Mémoire présenté à l'Académie des sciences, 16 octobre 1843 et annal. d'oculistique, nov. 1843.
- Béraud* (Léon.). — De la tumeur et de la fistule lacrymale au point de vue du traitement. Thèse, Montpellier, 1866.

- Bettremieux.* — Traitement du larmolement par la galvano-cautérisation des conduits excréteurs de la glande lacrymale à leur convergence dans le cul-de-sac conjonctival. Journal d'oculistique du nord de la France, 1893.
- Brun et Morax.* — Thérapeutique oculaire, 1899, p. 100.
- Bush.* — Extirpation des glandes lacrymales dans les observations de chirurgie, 1854. Berlin, in octavo, p. 296.
- Caron de Villards.* — Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux, t. I, p. 399. Société encyclopédique des Sciences médicales, 1838.
- Castresana.* — Traitement chirurgical des affections lacrymales, XIV^e Congrès international de Madrid, 1903.
- Crestien.* — De la dacryo-cystite chronique et de son traitement. Thèse de Paris, 1894.
- Critchett.* — Leçons sur les maladies de l'appareil lacrymal. Trad. p. Testelin de Lille, in Ann. d'Ocul., 1864, t. I, p. 79 ; t. I, p. 207.
- Cunier.* — Procédé opératoire de Ch. Halpin pour l'extirpation de la glande lacrymale. Annal. d'oculistique, 1848, t. XIX, p. 159.
- Czermak-Wilhem.* — Die Augenärztlichen operationen. Wien., 1893. 5 H. Ausführung der. Extirpation der Thranens, p. 327.
- Darier.* — De l'extirpation de la glande lacrymale dans les cas de larmolements incoercibles. Gaz. med. Paris, n° 8, p. 88, février 1855.
- Debierre.* — Revue d'ophtalmologie, 1886.
- Deboudt.* — Etude critique sur le traitement des affections des voies lacrymales. Thèse de Paris, n° 415, 1872.

- Denonvilliers.* — Maladies des yeux, 1885, p. 274.
- Desmarres.* — Traité des maladies des yeux, 1854, t. I, p. 273.
- Deval.* — Chirurgie oculaire, 1844.
- Dupuy-Dutemps.* — Recherches anatomo-pathologiques sur la glande lacrymale orbitaire de l'homme (inédit).
- Escaravage.* — Traitement des affections lacrymales par l'ablation de la glande. Thèse de Bordeaux, 1902.
- Eversbuch.* — 1888. Deutsch. Arch. für. Klin. med., vol. XLII, chap. III.
- Fano.* — Traité pratique des maladies des yeux, t. I, p. 316, 1886.
- Fallope.* — Observationes anatomicæ, p. 478. Francfort, 1584.
- Forgue.* — Montpellier médical, 16 février 1891.
- Fuchs.* — Manuel d'ophtalmologie, 2^e édit. française. Traduction Lacompte et Leplat, in-8°, 1897.
- Galezowski.* — Traité des Maladies des yeux, 1872, p. 147.
- Gendron.* — Traité des maladies des yeux, t. I, 1870.
- Gifford.* — Amer. Journ. of opht. VI, p. 268.
- Gillet de Grandmont.* — Pathogénie et traitement des affections des voies lacrymales. Arch. d'ophtal., novembre-décembre 1891, p. 524.
- Græfe et Sæmisch.* — Handbuch der Gesamten Augenheilk. Ch. VII, 1904.
- Guérin.* — Traité des maladies des yeux. Lyon, 1769.
- Haab.* — Atlas manuel des maladies externes de l'œil. Traduction française, par A. Terson 1900.
- Halpin.* — Annal. oculistique, t. XIX, p. 159.
- Holmes.* — Arch. of. opht, XXVIII, fasc. I.

- Joly*. — Contribution à l'étude sémiologique et thérapeutique des dacryo-cystites. Thèse de Bordeaux, 1904.
- Klippel et Lefas*. — In Stanculéanu et Théohari. Arch. ophtal., déc. 1898.
- Landolt et Gyvax*. — Précis de thérapeutique oculaire. 1896.
- Landolt et De Wecker*. — Traité, 1888.
- De Lapersonne et Rochon-Duvigneaud*. — Traitement chirurgical des affections des voies lacrymales, arch. d'ophtal., mai 1903, p. 262. Rapport présenté au Congrès de Madrid.
- Larrey*. — Clinique des camps et hôpitaux militaires, t. I.
- Lawrence*. — On removal of the lacrymal gland (ophtalmic review, n° 12).
- Leblond*. — In thèse. Lille, 1905.
- Léveillé*. — Traité des maladies des yeux, 1807, t. I, p. 87. Traduction de Scarpa.
- Mackensie*. — Traité pratique des maladies des yeux, 1844.
- Magne*. — Annales d'oculistique, t. XXV, p. 78, 1851. Méthode pour guérir radicalement la tumeur et la fistule du sac lacrymal.
- Maitre Jan*. — Traité des maladies des yeux, 1707.
- Malgaigne*. — Anatomie chirurgicale, t. I, p. 721, 2^e édition.
- Marula*. — Thèse de Paris, 1876. Considération sur la glande lacrymale.
- Nannoni (Angelo)*. — Dissertazione chirurgiche della fistola lacrimale. Parigi, in-4°, 1748.
- Panas*. — Leçons sur les maladies des voies lacrymales, 1877.

Paré (Ambroise). — 1575, 15^e livre, chapitre XVI. Des fistules lacrymales appelées du grec œgilops.

Petit (J.-L.). — Traité des maladies chirurgicales, t. I. Traité des maladies des voies lacrymales, 1774.

Peyret. — L'extraction de la glande lacrymale et ses indications. Thèse de Bordeaux, 1886.

Picou. — Annexes de l'œil, dans Poirier et Charpy, t. V, p. 1236.

Poirier. — Structure de la glande lacrymale. Anatomie, t. V, p. 1213.

Poulard et Canque. — In thèse Simon. Paris, 1909.

Rochon-Duvigneaud. — a) Remarque sur l'anatomie et la pathologie des voies lacrymales. Société française d'opht. Congrès de 1899.

— b) Recherches sur l'anatomie et la pathologie des voies lacrymales chez l'adulte et le nouveau-né. Arch. d'opht., mai 1900.

— c) Notes sur l'anatomie de l'orbite. Arch. ophtal., 1903, p. 769.

Salva. — Annale oculistique, 1902, p. 283.

Sauzeau de Puyberneau. — Contribution à l'étude de l'extirpation des glandes lacrymales. Thèse de Bordeaux, 1902.

Scarpa. — Traité pratique des maladies des yeux ou expériences et observations sur les maladies qui affectent ces organes. Traduit de l'italien par Léveillé, 1807.

Stanculéanu et Théoari. — Etat de la glande lacrymale dans le larmolement chronique. Arch. d'opht., décembre 1898.

Saint-Yves. — Nouveau traité des maladies des yeux. Amsterdam et Leipzig, 1767.

Szokalski. — Annales oculistiques, 1843, t. X, p. 195.

Terson. — Chirurgie oculaire, 1901. Glandes lacrymales, extirpation. Thèse de Paris, 1893.

Terrien. — Chirurgie de l'œil, 1902, p. 355, et suiv.

Textor. — De l'extirpation de la glande lacrymale comme moyen de guérir le larmolement. Jour. für chirurgie, v. augenheilkunde, 1847, BD. VI, H. Z.

— Annales oculistiques, t. XVIII, p. 218, 1847.

Tillaux. — Anatomie topographique, p. 222.

Truc. — Ablation des glandes lacrymales ou orbitaires dans les larmolements rebelles, simples ou compliqués. Arch. d'opht., 1893.

Velpeau. — a). Dictionnaire de médecine en 30 volumes, t. XXVII, p. 415.

— b) médecine opératoire, t. III, p. 373.

Wecker (De) et Landolt. — Traité complet de chirurgie, 1889, t. IV, voies lacrymales.

Wecker (De). — a) Traitement du larmolement persistant. Congrès international de Heidelberg. Arch. d'opht. septembre, octobre 1888, p. 456.

— b) Extirpation de la glande lacrymale palpébrale. Arch. ophtal., 1891.

Weller. — Traité des maladies des yeux, t. I, p. 175.

Windsor. — The ophtalmic review, n° 9, 1866.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	9
Historique.....	13
Anatomie.....	18
Symptômes.....	27
Anatomie pathologique.....	33
Indications.....	39
Manuel opératoire.....	50
Complications.....	59
Résultats opératoires.....	61
Observations.....	63
Conclusions....	91
Index bibliographique.....	92

